

Instituto Politécnico de Coimbra

Instituto Superior de Contabilidade
e Administração de Coimbra

Filipe José Roque Caetano

Implementação de um modelo de gestão de risco não clínico na ULSNA, EPE

Implementação de um modelo de gestão de risco não clínico na ULSNA, EPE

Filipe José Roque Caetano

ISCAC | 2017

Coimbra, março de 2017



Instituto Politécnico de Coimbra

Instituto Superior de Contabilidade
e Administração de Coimbra

Filipe José Roque Caetano

Implementação de um modelo de gestão de risco não clínico na ULSNA, EPE

Trabalho de projeto submetido ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Auditoria Empresarial e Pública com especialização em Auditoria das Instituições Públicas, realizado sob a orientação de Maria Georgina da Costa Tamborino Morais.

Coimbra, março de 2017

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ser o autor deste projeto, que constitui um trabalho original e inédito, que nunca foi submetido a outra Instituição de ensino superior para obtenção de um grau acadêmico ou outra habilitação. Atesto ainda que todas as citações estão devidamente identificadas e que tenho consciência de que o plágio constitui uma grave falta de ética, que poderá resultar na anulação do presente projeto.

“Only those who will risk going too far can possibly find out how far one can go.”

Thomas Stearns Eliot (26 de setembro de 1888 – 4 de janeiro de 1965)

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que, de formas diferentes, contribuíram para que este trabalho fosse possível.

Expresso o meu profundo agradecimento à minha família pela compreensão e apoio dedicado, sem nunca me deixarem perder o alento e motivando-me a ir até ao fim.

Agradeço ao corpo docente do curso de mestrado em Auditoria Empresarial e Pública, ministrado pelo Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, particularmente à Professora Doutora Maria Georgina da Costa Tamborino Morais pelo percurso formativo que me proporcionou, alicerçado no seu conhecimento, disponibilidade e orientação.

Agradeço ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, pela oportunidade de desenvolver o presente projeto, permitindo-me consolidar os conhecimentos adquiridos no curso de mestrado, os quais, estamos convictos, contribuíram para robustecer a gestão de riscos da Instituição.

Por fim, mas em posição não menos importante que os demais, agradeço à minha colega Flora Ribeiro, pelas suas incansáveis revisões textuais, críticas construtivas e, sobretudo, pelo seu apoio e cumplicidade.

RESUMO

As organizações de saúde enfrentam riscos em todas as suas facetas, desde mudanças na demografia dos utentes, passando pelo uso de tecnologia complexa e em constante mudança, até ao aumento da regulação. É fundamental que identifiquem e lidem com o risco potencial, sendo igualmente importante, disporem de um plano de gestão de riscos que atravesse toda a organização. O benefício de um processo de gestão de riscos abrangente e um plano que abarque toda a organização torna-se mais evidente a cada dia.

Os objetivos deste trabalho de projeto consistem (1) na aplicação dos conhecimentos e competências adquiridas ao longo do curso de Mestrado em Auditoria Empresarial e Pública com especialização em Auditoria das Instituições Públicas (2) propondo a implementação, na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, de um modelo de gestão de riscos (excluindo o risco clínico), apoiado nas orientações técnicas vertidas no documento designado de *Enterprise Risk Management – Integrated Framework* da autoria do *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*.

A concretização destes objetivos permitiu consolidar o conhecimento sobre a temática da gestão de riscos, e implementar, com sucesso, um novo Plano de Gestão de Riscos, criando as bases para a adoção do modelo *Enterprise Risk Management* nesta Unidade Local de Saúde.

Esta tarefa revelou-se, em vários momentos, de duvidosa exequibilidade, motivada pela dificuldade na recolha de informação, na complexidade e quantidade de novos conceitos a introduzir junto dos vários intervenientes do processo e pela natural aversão à mudança. Porém, ultrapassados aqueles constrangimentos, estamos convictos de que o nível de maturidade da gestão de riscos apresenta-se, hoje, significativamente superior àquele que existia antes de encetar este projeto.

Embora as bases para a implementação deste modelo tenham sido lançadas, entendemos existir, ainda, um longo caminho a percorrer, devendo, por conseguinte, ser garantida a monitorização e avaliação da sua aplicação e da eficácia das medidas de controlo na mitigação dos riscos identificados, com vista aos ajustamentos necessários e prossecução da melhoria contínua.

Palavras-chave: Risco; Gestão de Riscos; Plano de Gestão de Riscos; Auditoria Interna; Setor da Saúde; ULSNA, EPE

ABSTRACT

Healthcare entities face risk in all its facets, from changes in patient demographics, to use of complex, constantly changing technology, and increased regulatory mandates. It is critical that they identify and address potential risk, and it is equally important that they have a risk management plan that goes through the whole organization. The benefit of having a comprehensive risk management process and plan that encompasses the entire enterprise becomes more evident every day.

The objectives of this project are (1) to apply the knowledge and skills acquired during the Master's course in Business and Public Audit with specialization in Public Institutions Audit (2) proposing the implementation, at the Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, of a risk management model (excluding clinical risk), based on the technical guidelines from the Enterprise Risk Management - Integrated Framework, document authored by the Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.

The accomplishment of these objectives allowed to consolidate the knowledge on the subject of risk management, and to successfully implement a new Risk Management Plan, creating the bases for the adoption of the Enterprise Risk Management model in this Local Health Unit.

The success in accomplishing this task has sometimes proved to be doubtful due to the difficulty in collecting information, the complexity and quantity of new concepts to be introduced to the various actors involved and the natural aversion to change. However, once the difficulties have been overcome, we are convinced that the level of risk management maturity is higher today than it was before starting this project.

Although the bases for the implementation of this model have been launched, we believe that there is still a long way to go, having, therefore, to be guaranteed the monitoring and evaluation of its application and the effectiveness of the control measures in mitigating the identified risks, aiming at the necessary adjustments and pursuit of continuous improvement.

Keywords: Risk; Risk Management; Risk Management Plan; Internal Audit, Health Sector; ULSNA, EPE

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
1 A GESTÃO DE RISCOS	4
1.1 Definição de Risco	4
1.2 Da Gestão Tradicional do Risco à ERM	7
1.3 Conceito de Gestão de Riscos (ERM)	9
1.4 Benefícios da Gestão de Riscos	12
1.5 Limitações da Gestão de Riscos	15
1.6 Principais Normas e Estruturas	16
1.6.1 Estrutura Integrada de Controlo Interno do COSO	16
1.6.2 Norma de Gestão de Riscos da FERMA	22
1.6.3 Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais do COSO	25
1.6.3.1 O Processo de Gestão de Riscos do COSO	26
1.6.4 ISO 31000:2009 – Gestão de Riscos - Princípios e Orientações	34
1.6.4.1 Princípios para a Gestão de Riscos da Norma ISO 31000:2009	35
1.6.4.2 Estrutura/Modelo de Gestão de Riscos	36
1.6.4.3 O Processo de Gestão de Riscos	40
1.7 Comparação das Principais Normas e Estruturas	43
1.8 A Gestão de Riscos nas Organizações de Saúde	47
1.8.1 O Processo de Implementação da ERM nas Organizações de Saúde	49
2 A AUDITORIA INTERNA E A GESTÃO DE RISCOS	51
2.1 O Velho e o Novo Paradigma da Auditoria Interna	51
2.2 O Papel da Auditoria Interna na Gestão de Riscos	54
2.2.1 O Caso Específico nas Organizações de Saúde	58
2.2.2 Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna	59
3 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PPRG NA ULSNA, EPE	63
3.1 Caracterização da ULSNA, EPE	63
3.1.1 Objeto e Área de Influência	64
3.1.2 Missão, Visão, Valores e Objetivos	65
3.1.3 Estrutura Orgânica	66
3.2 Processo de Implementação do PPRG	67
3.2.1 Enquadramento	67
3.2.2 Metodologia	68

CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	77
Apêndice I – Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas) da ULSNA, EPE.....	78
Apêndice II – Sessão de esclarecimento sobre o PPRG realizada na ULSNA, EPE..	79

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 – Definição de “risco”	5
Quadro 1.2 – Fatores potenciadores do risco (COSO)	6
Quadro 1.3 – Principais características do anterior e novo paradigma da gestão de riscos	8
Quadro 1.4 – Evolução da gestão de risco.....	9
Quadro 1.5 – Relação entre princípios e pontos de foco do COSO–CI.....	20
Quadro 1.6 – Definição de objetivos organizacionais	27
Quadro 1.7 – Critérios de classificação do risco	29
Quadro 1.8 – Respostas aos riscos.....	30
Quadro 1.9 – Tipificação dos controlos.....	32
Quadro 1.10 – Princípios para a gestão de riscos	35
Quadro 1.11 – Comparação de normas e estruturas	43
Quadro 1.12 – Principais diferenças entre a ISO 31000 e o COSO ERM.....	45
Quadro 1.13 – Fatores potenciadores do risco na perspetiva da ACSS.....	49
Quadro 2.1 – Comparação dos conceitos “chave” entre definições	52
Quadro 2.2 – Evolução do paradigma da auditoria interna	54
Quadro 3.1 – Etapas de elaboração e implementação do PPRG	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 – Exemplos de fatores internos e externos (FERMA).....	7
Figura 1.2 – Representação da matriz tridimensional do COSO – CI.....	18
Figura 1.3 – Processo de gestão de riscos da FERMA	23
Figura 1.4 – Representação da matriz tridimensional do COSO – ERM	26
Figura 1.5 – Matriz de classificação dos riscos	29
Figura 1.6 – Possíveis estratégias de resposta aos riscos.....	31
Figura 1.7 – Relação entre princípios, estrutura/modelo e processo de gestão de riscos	35
Figura 1.8 – Paradigma de Deming (PDCA)	36
Figura 1.9 – Estrutura/modelo de gestão de riscos	37
Figura 1.10 – Processo de gestão de riscos.....	40
Figura 2.1 – Concretização dos objetivos do negócio	55
Figura 2.2 – O papel da auditoria interna na gestão de riscos	56
Figura 3.1 – Área de Influência da ULSNA, EPE	65
Figura 3.2 – Estrutura orgânica da ULSNA, EPE	67

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
AHLA	<i>American Health Lawyers Association</i>
AIRMIC	<i>The Association of Insurance and Risk Managers</i>
ALARM	<i>The National Forum for Risk Management in the Public Sector</i>
APQ	Associação Portuguesa para a Qualidade
CAE	<i>Chief Audit Executive</i>
CI	Controlo Interno
CNRFF	Comissão Nacional sobre Reporte Financeiro Fraudulento
COSO	<i>Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission</i>
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERM	<i>Enterprise Risk Management</i>
FERMA	<i>Federation of European Risk Management Associations</i>
IEC	<i>International Electrotechnical Commission</i>
IFAC	<i>International Federations of Accountants</i>
IIA	<i>Institute of Internal Auditors</i>
IP	Instituto Público
IRM	Institute of Risk Management
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
AS/NZS	<i>Joint Standards from Australia and New Zealand</i>
PDCA	<i>Plan (Planear), Do (Executar), Check (Rever) e Act (Agir)</i>
PPRCIC	Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
PPRG	Plano de Prevenção de Riscos de Gestão
RIMS	<i>Risk and Insurance Management Society</i>
SCI	Sistema de Controlo Interno
SEE	Setor Empresarial do Estado
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
ULSNA	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

INTRODUÇÃO

Todas as organizações, quer tenham fins lucrativos ou não lucrativos, existem para fornecer valor aos seus *stakeholders*, nos quais se incluem os trabalhadores e acionistas para uma empresa comercial ou os eleitores para uma entidade do setor público. Esse valor é criado, preservado, ou até mesmo corroído através de decisões de gestão em todos os níveis da organização e em todas as suas atividades, que vão desde operações regulares e quotidianas até à definição de estratégias para o futuro incerto (Moeller, 2011).

O risco está presente em toda a parte e deriva diretamente da imprevisibilidade. A gestão de riscos fornece uma estrutura que permite às organizações, através de uma abordagem sistemática e abrangente, lidar e reagir à incerteza, melhorando a resiliência, aumentando a previsibilidade e contribuindo para melhores retornos (Hopkin, 2010).

As organizações de saúde enfrentam uma miríade de riscos de origem externa e interna, facto que determina a necessidade destas organizações abordarem o risco numa visão de *portfolio*. Historicamente, a gestão de riscos nas organizações de saúde tem-se concentrado, principalmente, nos riscos clínicos ou na segurança do utente, porém estas organizações enfrentam hoje um ambiente turbulento, rico em mudanças na regulação, nas necessidades dos consumidores, nos fatores ambientais e nos desafios das operações.

Os consumidores estão a assumir papéis mais ativos nas suas escolhas por cuidados de saúde, num mercado onde a concorrência se faz pela qualidade do serviço prestado ou pelos tempos de espera no acesso àqueles cuidados. O envelhecimento da população continua a desafiar a capacidade de resposta do sistema de saúde. Muitas das infraestruturas dispersas por zonas rurais, com maior índice de envelhecimento das populações, apresentam instalações tecnologicamente desatualizadas ou que necessitam de renovações ou reconstruções. Estes e muitos outros riscos constituem, para as organizações de saúde, sérios constrangimentos na concretização do objetivo de oferecer a mais alta qualidade de atendimento aos seus utentes e comunidades.

A Gestão do Risco Empresarial (tradução da expressão anglo-saxónica *Enterprise Risk Management* – ERM) permite, de forma integrada nos processos de gestão e de tomada de decisão, abordar todos os tipos de risco a que estas organizações estão expostas.

A ERM é, atualmente, um modelo de gestão de riscos que apresenta vantagens reconhecidas internacionalmente, quebrando a forma tradicional de gerir o risco sob uma filosofia fragmentada e direcionada, em forma de “*silos*” dentro das organizações. A

gestão tradicional dos riscos fazia uso de abordagens "*reativas*", colocando em causa a tempestividade e oportunidade da gestão daqueles riscos. Contrariamente, a ERM adota uma abordagem "*pró-ativa*" de forma a que o impacto da materialização de potenciais riscos seja minimizado, por contrapartida da maximização do valor para os *stakeholders*.

A dinâmica demográfica, socioeconómica e de consumo apresenta novos riscos e desafios na prestação de cuidados de saúde. Uma abordagem empresarial que aplique uma perspetiva mais alargada, profunda e pró-ativa na gestão dos riscos será o diferencial competitivo para que as organizações de saúde cresçam e prosperem neste ambiente.

É nesta senda que se justifica repensar a forma como a gestão de riscos tem sido levada a cabo na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (ULSNA, EPE).

Desde 2009 que, por determinação da Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), a ULSNA, EPE, dispunha de um plano de gestão de riscos, embora circunscrito à temática da fraude e da corrupção.

Mais recentemente, em reunião de 1 de julho de 2015, o CPC aprovou a Recomendação n.º 3/2015, reforçando a necessidade de "*Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas [... identificarem] de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.*"

No início daquele ano, o CPC havia publicado, ainda, um guião para elaboração dos referidos planos, dando enfoque às orientações técnicas de gestão de risco emanadas do *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO).

Por conseguinte, constitui objetivo do presente trabalho, propor a implementação de um modelo de gestão de riscos (do qual se exclui o risco clínico), vertido num novo plano de gestão de riscos, que visa:

- 1) *Assegurar a implementação do estatuído na Recomendação n.º 3, de 1 de julho de 2015, do Conselho de Prevenção da Corrupção;*
- 2) *Implementar um novo modelo de gestão de riscos tendo por base as orientações técnicas emanadas do COSO, concretamente, as vertidas no documento intitulado "Enterprise Risk Management (ERM) – Integrated Framework"*
- 3) *Gerir os mais significativos riscos operacionais e de gestão, procedendo-se, igualmente, à reavaliação dos riscos de corrupção e infrações conexas relativamente a cada atividade;*

- 4) *Propor medidas que visem a mitigação dos riscos identificados, incrementando a segurança no cumprimento dos objetivos da ULSNA, EPE;*
- 5) *Redefinir os vários responsáveis envolvidos na gestão do plano e proceder à sua identificação.*

Neste sentido, foi encetado um trabalho exaustivo e moroso, junto de todos os Serviços contemplados no plano, com vista ao desenvolvimento de matrizes de risco que possibilitassem, em traços gerais, a identificação dos processos e dos seus objetivos, dos riscos que pudessem impedir a concretização daqueles objetivos, assim como das potenciais causas por detrás da materialização daqueles riscos.

Efetuada aquele levantamento inicial, procedeu-se à avaliação do risco inerente para cada um dos processos identificados, resultante do produto das variáveis estimadas de “probabilidade de ocorrência” e “impacto esperado”.

Foram determinadas as respostas aos riscos, entendidas por adequadas, visando a mitigação do seu efeito adverso e culminando, para alguns dos Serviços onde tal se mostrou exequível, na avaliação do risco residual que sobejou após a introdução ou atualização daquelas respostas.

Por fim, a informação recolhida e devidamente tratada foi vertida no *Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas)* (PPRG).

O presente trabalho começa por fazer uma revisão da literatura concernente à temática aqui tratada, procedendo à introdução de conceitos fundamentais para o entendimento claro da informação vertida no PPRG. É feita uma apreciação histórica da evolução da gestão de riscos nas organizações, apresentando, em complemento, os respetivos benefícios e limitações, assim como as principais normas, estruturas e modelos comumente aceites e implementados na esfera organizacional a nível internacional.

Ao papel da função auditoria interna na gestão de riscos é, também, atribuído um relevo especial, dando nota das atividades legítimas e aquelas que, por contrapartida, não devem ser levadas a cabo por aquela função no que à gestão de riscos diz respeito.

No final do trabalho é caracterizada a ULSNA, EPE, seguindo-se uma descrição do processo de implementação do PPRG proposto.

1 A GESTÃO DE RISCOS

Os riscos são criados ou modificados em todas as tomadas de decisão que, por sua vez, constituem parte integrante do quotidiano das organizações. Todavia, parece não existir, ainda, uma definição universal para este termo.

1.1 Definição de Risco

A palavra risco deriva do italiano antigo “*risicare*”, que significa ousar. Neste sentido, o risco é uma opção e não um destino (Bernnein, 1996).

No Dicionário Priberam da Língua Portuguesa o termo “*risco*” significa “*perigo, inconveniente*” e no Dicionário de Língua Portuguesa da Porto Editora, o mesmo termo, significa “*possibilidade de um acontecimento futuro e incerto; diferença entre o retorno esperado e o retorno obtido*”. Da consulta àqueles dicionários é possível constatar que o significado de risco adquire, na sua generalidade, um cariz negativo. Porém, carece acrescentar que a assunção de riscos também pode resultar em consequências positivas, embora, o que subsista seja, inequivocamente, a incerteza do resultado.

Em 1999, a *International Federations of Accountants* (IFAC) publicou um documento intitulado de “*Enhancing Shareholder Wealth by Better Managing Business Risk*” onde definiu riscos como acontecimentos futuros incertos que possam influenciar o alcance dos objetivos estratégicos, operacionais e financeiros da organização (IFAC, 1999).

De acordo com a mesma publicação, o conceito de risco poderá ser usado em diferentes sentidos:

- Risco como oportunidade, implícito no conceito de que existe uma relação entre risco e rendibilidade. Quanto maior o risco, maior a rendibilidade ou prejuízo potencial;
- Risco como perigo ou ameaça, referindo-se a perdas financeiras, fraude, roubo, prejuízo para a imagem, entre outros acontecimentos potencialmente negativos;
- Risco como incerteza, referindo-se aos potenciais efeitos negativos e positivos e procurando reduzir a diferença entre os resultados esperados e aqueles efetivamente alcançados.

Na opinião de Fraser & Simkins (2010), uma “*oportunidade*” resulta de uma situação onde, no equilíbrio das probabilidades, a expectativa é a da obtenção de um resultado favorável. A “*ameaça*” resulta de uma situação, na qual, a expectativa líquida é a da

obtenção de um resultado desfavorável. Ambas as oportunidades e ameaças têm riscos associados. A “*incerteza*” no risco pode envolver a incerteza na concretização de objetivos e nas respectivas medidas, na eficácia dos controlos, na natureza dos eventos e nas suas consequências ou nos pontos de vista dos *stakeholders* (partes interessadas).

O quadro 1.1 apresenta, ainda, três definições para o termo risco publicadas pelas seguintes organizações:

Quadro 1.1 – Definição de “risco”

FERMA	COSO	ISO
A <i>Federation of European Risk Management Associations</i> (FERMA) define risco com “a combinação da probabilidade de um acontecimento e das suas consequências”, referindo que “o simples facto de existir atividade, abre a possibilidade de ocorrência de eventos ou situações cujas consequências constituem oportunidades para obter vantagens (lado positivo) ou então ameaças ao sucesso (lado negativo)” e acrescentando que “os riscos que uma organização e respetivas atividades apresentam, podem ter origem em fatores internos ou externos à organização” (FERMA, 2003, pp. 3-4).	O COSO define risco como a “possibilidade da ocorrência de um evento que afete negativamente o cumprimento de objetivos [...] e impeça a criação de valor ou a destruição daquele existente” (COSO, 2004, p. 16). Porém, os eventos resultantes de fontes internas ou externas à organização, tanto podem causar impactos negativos como impactos positivos, sendo, no caso dos últimos, considerados como oportunidades que afetam positivamente o alcance de objetivos.	A norma ISO 31000:2009 da <i>International Organization for Standardization</i> (ISO), que no ano da sua publicação substituiu a norma Australiana e Neozelandesa AS/NZS 4360:2004 ¹ , define risco como o “efeito da incerteza [no cumprimento] dos objetivos [...] podendo ser expresso pela] combinação das consequências de um dado evento [...] e a respetiva probabilidade de ocorrência”, acrescentando que “um efeito é um desvio, positivo ou negativo, relativamente ao esperado [e que] a incerteza é um estado, ainda que parcial, de deficiente informação relativa a um evento, às suas consequências ou à sua probabilidade” (ISO, 2009, p. 1).

Fonte: Elaboração própria

Em suma, as definições anteriores convergem para que, de forma resumida, o termo risco possa ser definido por qualquer evento, cujo efeito, incerto, influencie positiva ou negativamente, a execução das estratégias da organização e o cumprimento dos seus objetivos de negócio, sendo medido através do produto entre as variáveis impacto e probabilidade de ocorrência.

¹ Originalmente publicada em 1995, foi a primeira norma oficial sobre a forma como deve ser abordada a gestão de riscos em toda a organização. A norma foi atualizada múltiplas vezes desde 1995, vindo, em 2009, a ser substituída pela Norma ISO 31000:2009 Gestão de riscos – Princípios e Orientações. A ideia principal daquela norma, refletida, também, na ISO 31000:2009, é a de que a gestão de riscos deva estar embutida nas outras atividades de gestão e não ser considerada como uma atividade autónoma e separada (Simon & Charette, 2010, p. 5).

Cada organização é única, baseada na respetiva cultura, indústria e estratégia de negócios. Por conseguinte, os riscos aos quais as organizações estão expostas ou as respetivas consequências são, necessariamente, diferentes. O risco pode ser categorizado de várias formas, no entanto, é fundamental que as organizações garantam que este seja considerado em todas as áreas relevantes e adequem os processos de gestão de risco à respetiva categoria, como forma de proceder à devida alocação de recursos.

De acordo com o COSO, existem inúmeros fatores internos e externos que afetam a implementação da estratégia e a concretização de objetivos, dos quais se destacam os que se apresentam no quadro 1.2 (COSO, 2004):

Quadro 1.2 – Fatores potenciadores do risco (COSO)

FATORES INTERNOS	FATORES EXTERNOS
Estratégicos Alteração da estratégia da organização ou dos seus objetivos sem o respetivo ajustamento do sistema de controlo interno.	Económicos Oscilações de preços, disponibilidade de capital ou aumento da concorrência.
Estruturais Paragens nos equipamentos, indisponibilidade de recursos ou serviços, infraestruturas desajustadas.	Ambientais Terramotos, incêndios, ou outras catástrofes naturais das quais possam resultar perdas ou danos nas infraestruturas, ou em capital humano.
Recursos Humanos Acidentes de trabalho, atividades fraudulentas ou perdas de capital intelectual.	Políticos Eleição de novos governos, alteração de agendas políticas, regulamentos ou legislação.
Processos Alterações aos processos sem uma adequada gestão, ocorrência de erros processuais, recurso a <i>outsourcing</i> sem apropriada monitorização, inadequação dos procedimentos, ineficiência e ineficácia dos circuitos.	Sociais Modificações nas condições demográficas, nos costumes sociais, na estrutura familiar, nas prioridades na vida profissional/familiar, resultando em alterações na procura de produtos e serviços, entre outros.
Tecnológicos Falhas de segurança que resultem no acesso indevido, indisponibilidade ou perda da informação, necessidade de atualização tecnológica dos equipamentos com consequente incremento de custos.	Tecnológicos Novas formas de comércio eletrónico resultando na expansão da disponibilidade de serviços e no aumento da procura, rápida evolução tecnológica.

Fonte: Adaptado da Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais do COSO

Também a FERMA (2003) exemplifica, na sua norma, os riscos a que as organizações e respetivas atividades estão sujeitas, podendo ter origem em fatores internos ou externos à organização.

A figura 1.1 propõe exemplos de riscos principais e mostra que alguns deles respondem a fatores tanto internos como externos.

Figura 1.1 – Exemplos de fatores internos e externos (FERMA)



Fonte: Adaptado da norma de gestão de riscos da FERMA (2003)

1.2 Da Gestão Tradicional do Risco à ERM

É axiomático que empresas bem-sucedidas fazem uma gestão eficaz dos seus riscos, caso contrário estariam condenadas à insolvência e ao desaparecimento. Mas, historicamente, a gestão do risco tendeu a ser informal e motivada, quase exclusivamente, pela conformidade com os regulamentos e leis vigentes (Barton, Shenkir, & Walker, 2002).

Embora a gestão tradicional do risco tenha os seus méritos, caracteriza-se por ser executada sob a forma de silos², deixando-se "espaços em branco" entre funções organizacionais e sem que seja possível interpretar a transversalidade do seu impacto (Hardy, 2015).

² O Dicionário de Língua Portuguesa da Porto Editora apresenta, para o termo silo: "reservatório, em forma de torre, destinado à armazenagem de cereais, cimento e outras substâncias sólidas". Obtido de: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/silo>

Impõe-se, deste modo, um novo modelo no qual a gestão dos riscos esteja integrada e seja coordenada ao longo de toda a organização, enraizando, na cultura organizacional, uma consciência de prevenção de riscos. Neste sentido, a perspetiva da gestão de riscos nas organizações deverá metamorfosear-se de uma abordagem fragmentada, *ad hoc* e estreita para uma abordagem integrada, contínua e amplamente focada (Barton, Shenkir, & Walker, 2002).

O quadro 1.3 sintetiza as principais diferenças entre o anterior e o novo paradigma da gestão de riscos.

Quadro 1.3 – Principais características do anterior e novo paradigma da gestão de riscos

PARADIGMA ANTERIOR	PARADIGMA ATUAL
Fragmentada: <ul style="list-style-type: none">• Gestão isolada dos riscos;• A gestão dos riscos constitui uma preocupação, praticamente exclusiva, da área financeira, tesouraria ou auditoria interna.	Integrada: <ul style="list-style-type: none">• Gestão de risco disseminada por toda a organização;• Adoção da gestão de riscos por todos os níveis da organização, como parte integrante do seu trabalho.
Ad hoc: <ul style="list-style-type: none">• A gestão dos riscos é realizada, pontualmente, quando essa necessidade seja manifestada pelos gestores.	Contínua: <ul style="list-style-type: none">• A gestão de riscos constitui um processo em curso.
Foco estreito: <ul style="list-style-type: none">• Essencialmente, risco financeiro.	Foco amplo: <ul style="list-style-type: none">• São considerados todos os riscos e oportunidades de negócio.

Fonte: Adaptado de (Barton, Shenkir, & Walker, 2002, p. 5)

Na opinião de Fraser & Simkins (2010), a gestão do risco empresarial (ERM) pode ser vista como uma evolução natural do processo tradicional de gestão de riscos.

Segundo (Castanheira & Rodrigues, 2006a, p. 58) “*No contexto atual, em que a natureza dos riscos que as organizações enfrentam muda rapidamente, os métodos utilizados para gerir os riscos também mudam, pelo que é previsível que as empresas sigam incorporando progressivamente a gestão de riscos na sua organização até chegar a uma gestão centralizada e integral. Desta forma, muitas das maiores organizações internacionais estão a instituir uma cultura de risco para a implementação com sucesso do processo de ERM [...].*”

Ao longo do tempo, a gestão de riscos tem evoluído em linha com as mudanças ocorridas nos negócios, de modo a criar valor adicional às organizações. A gestão de riscos evoluiu de uma perspetiva defensiva, isto é, da mera análise custo/benefício, para uma perspetiva ofensiva, assente no binómio risco/recompensa (IIA & RIMS, 2012). Fazendo uso da

gestão de riscos através da conjugação daquelas perspetivas, defensiva e ofensiva, as organizações podem começar a avaliar os riscos numa visão de portfólio interligado, como apresentado no quadro 1.4:

Quadro 1.4 – Evolução da gestão de risco

<div><div>DEFENSIVA (Análise Custo/Benefício)</div><div>OFENSIVA (Análise Risco/Recompensa)</div></div>		
TRADICIONAL	INTEGRADA	ERM
Questão: Quais são os riscos contratuais e seguráveis que enfrentamos, e o que estamos a fazer para os mitigar?	Questão: Quais são as ameaças chave que enfrentamos para atingir os objetivos do negócio e qual deve ser a resposta?	Questão: Como melhorar as decisões relativamente às incertezas que afetam o nosso futuro?
Atividade: Identificação dos riscos pelo impacto/perigo.	Atividade: Identificação dos riscos e análise com a coordenação de outras funções de gestão de risco.	Atividade: Estabelecer um <i>framework</i> abrangente para gerir os riscos mais significativos da organização.
Objetivo: Tratamento de riscos encarados como uma despesa; riscos geridos através da cobertura por seguros.	Objetivo: Estabelecer um processo para gerir pró-ativamente as ameaças operacionais para o negócio.	Objetivo: Aumentar o alcance dos objetivos estratégicos e a supervisão do risco.

Fonte: Adaptado de IIA & RIMS (2012)

1.3 Conceito de Gestão de Riscos (ERM)

“Gerir o risco significa tomar ações deliberadas para mudar as probabilidades a seu favor, aumentando as probabilidades de obtenção de resultados positivos, por contrapartida da redução da probabilidade de obtenção de resultados negativos.”
(Borge, 2001, p. 4)

A gestão de riscos é uma prática vocacionada para a criação e preservação de valor, bem como para o que pode pôr em causa esse valor. Para algumas das empresas o conceito de valor tem um carácter económico-financeiro associado e materializado na estratégia da empresa. Para outras, o valor está ligado à sustentabilidade e às preocupações a nível dos recursos humanos, do ambiente e dos impactos sociais gerados pela atividade (KPMG & APQ, 2013).

A norma publicada pela FERMA (2003, p. 3) define gestão de riscos como *“um elemento central na gestão da estratégia de qualquer organização [consistindo num] processo através do qual as organizações analisam metodicamente os riscos inerentes às respetivas atividades, com o objetivo de atingirem uma vantagem sustentada em cada*

atividade individual e no conjunto de todas as atividades”, acrescentando que “o ponto central de uma boa gestão de riscos é a identificação e tratamento dos mesmos [e que] o seu objetivo é o de acrescentar valor de forma sustentada a todas as atividades da organização.”

Por outro lado, o COSO define ERM como: “... um processo conduzido pela Administração, Gestão e outros colaboradores, aplicado no estabelecimento de uma estratégia transversal a toda a estrutura organizacional, desenhado para identificar potenciais eventos que possam afetar a entidade e manter o risco dentro dos níveis tolerados (apetite), de forma a providenciar uma segurança razoável no cumprimento dos objetivos organizacionais” (COSO, 2004, p. 4).

“Esta definição, propositadamente ampla, captura os conceitos chave fundamentais para que as organizações possam gerir os seus riscos, fornecendo as bases para uma aplicação transversal ao longo das organizações, indústrias ou setores de atividade. Foca, diretamente, o alcance de objetivos estabelecidos e providencia as bases para a definição da eficácia da Gestão de Riscos Empresariais” (COSO, 2004, p. 4).

Encerrados nesta definição encontram-se sete conceitos fundamentais:

1. A ERM é um processo, em curso, e que flui através da organização:

O termo processo é definido pelo Dicionário Priberam da Língua Portuguesa como “*Método, sistema, modo de fazer uma coisa*”, ou ainda, “*Conjunto de manipulações para obter um resultado*”. Todavia, esta definição não providencia o sentido de continuidade ou de fluidez. O facto de a ERM ser um processo e não um conjunto estático de regras decorre da natureza dinâmica do próprio risco. Os riscos enfrentados pelas organizações mudam de acordo com a macroeconomia, fatores inerentes à atividade, setor, ou país, para citar alguns exemplos. Uma vez que esses riscos estão em constante mutação, é imperativo que as organizações visualizem a gestão do risco como um processo no qual os respetivos componentes devam ser revistos e avaliados numa base regular (Cendrowski & Mair, 2009).

2. Efetuada por pessoas em todos os níveis de uma organização:

Este processo deve ocorrer em todos os níveis da organização, com a colaboração entre indivíduos de diferentes graus de antiguidade e posição hierárquica (Cendrowski & Mair, 2009). A ERM não será eficaz caso seja implementada com base no cumprimento de um conjunto de regras, remetidas para uma unidade operacional e emanadas de um qualquer, distante, órgão de direção, onde aqueles que o integrem

possuam escasso entendimento sobre os diversos fatores de decisão relativos à unidade operacional. O processo de gestão de riscos deve ser gerido por pessoas suficientemente próximas das situações de risco de modo a entenderem as suas implicações (Moeller, 2011).

3. Aplicado na definição de estratégias:

As organizações são, constantemente, confrontadas com estratégias alternativas sobre uma vasta gama de potenciais ações futuras. Deverá a entidade prestar determinado serviço ou recorrer a *outsourcing*? Deverá a entidade adotar uma nova tecnologia nos seus processos produtivos ou manter a tecnologia atual pelo facto de se encontrar já testada e provada? Um processo de ERM eficaz deverá desempenhar um importante papel no auxílio do estabelecimento dessas estratégias (Moeller, 2011).

4. Aplicado ao longo da organização, em todos os níveis e unidades, incluindo a adoção de uma visão de portfólio de riscos:

Especialmente para as grandes organizações, com muitas e variadas unidades operacionais, mas também para outras que, de algum modo, ainda que menores, tenham uma estrutura ramificada ou dispersa, a ERM deve ser aplicada transversalmente, ao longo de toda a estrutura organizacional. As organizações deverão, ainda, adotar uma abordagem de carteira de riscos, combinando atividades de alto e baixo risco (Moeller, 2011).

5. Desenhado para gerir o risco, dentro do apetite pelo risco definido pela organização, e para identificar potenciais eventos que, caso ocorram, a possam afetar:

Constituindo um novo conceito ou termo para muitos gestores, o apetite pelo risco define-se pela quantidade de risco que uma empresa e seus gestores estão dispostos a aceitar na sua busca de valor e na prossecução dos seus objetivos. O apetite pelo risco pode ser medido de forma quantitativa, ou alternativamente, de forma qualitativa, alocando os riscos a categorias tais como altos, médios ou baixos. A ideia subjacente é que cada gestor e, coletivamente, cada empresa, deva possuir algum nível de apetite pelo risco. Alguns aceitarão empreendimentos arriscados que prometam retornos elevados, enquanto outros preferirão retornos garantidos, ainda que de menor valor, desde que apresentem um risco mais baixo (Moeller, 2011).

6. Capaz de oferecer garantias razoáveis à gestão e administração de uma organização:

Independentemente de quão bem pensada ou executada seja a ERM, não será capaz de fornecer uma garantia absoluta relativamente à realização dos objetivos. Ainda que determinada empresa detenha pessoas que, em todos os níveis, sejam capazes de,

consistentemente, trabalharemos rumo ao alcance de objetivos compreensíveis e realizáveis, período após período, mesmo ao longo de vários anos, podem ocorrer erros humanos não intencionais, ações inesperadas, ou até mesmo desastres naturais que diminuam ou impossibilitem o alcance daqueles objetivos (Moeller, 2011).

7. Focado na realização de objetivos:

A ERM deverá ser projetada de forma a ajudar na realização dos objetivos. Uma empresa, por intermédio da sua gestão, deverá trabalhar no estabelecimento de objetivos comuns ao mais alto nível que possam ser partilhados por todos os *stakeholders*. Exemplos incluem o alcance e manutenção de uma reputação positiva, o fornecimento de relatórios financeiros confiáveis para todos os *stakeholders*, e a operação em conformidade com as leis e regulamentos (Moeller, 2011).

Na opinião de Fraser & Simkins (2010), o conceito de ERM, de acordo com a ISO, é que a gestão do risco nas organizações deverá estar totalmente integrada na respetiva gestão e direção, constituindo, apenas, mais uma ferramenta à disposição dos gestores, em áreas tão distintas como a operacional, financeira, estratégica, de recursos humanos e assim por diante. Espera-se que qualquer decisão implique uma reflexão adequada dos riscos associados e do seu possível tratamento, assim como a consideração dos impactos sobre os objetivos. Deste modo, a gestão de riscos não constitui um processo isolado, devendo estar totalmente integrado e incorporado em todos os processos de decisão.

1.4 Benefícios da Gestão de Riscos

A norma publicada pela FERMA (2003, pp. 3-5) refere que a gestão de riscos “*aumenta a probabilidade de êxito e reduz tanto a probabilidade de fracasso como a incerteza da obtenção de todos os objetivos globais da organização [devido, para tal,] analisar metodicamente todos os riscos inerentes às atividades passadas, presentes e, em especial, futuras de uma organização [e] ser integrada na [sua] cultura [...] com uma política eficaz e um programa conduzido pela direção de topo [...] atribuindo responsabilidades na gestão dos riscos por toda a organização, como parte integrante da respetiva descrição de funções.*”

A mesma norma conclui, ainda, que “*a gestão de riscos protege e acrescenta valor à organização e aos diversos intervenientes, apoiando da seguinte forma os seus objetivos:*

- *Criação de uma estrutura na organização que permita que a atividade futura se desenvolva de forma consistente e controlada;*

- *Melhoria da tomada de decisões, do planeamento e da definição de prioridades, através da interpretação abrangente e estruturada da atividade do negócio, da volatilidade dos resultados e das oportunidades/ameaças do projeto;*
- *Contribuição para uma utilização/atribuição mais eficiente do capital e dos recursos dentro da organização;*
- *Redução da volatilidade em áreas de negócio não essenciais;*
- *Proteção e melhoria dos ativos e da imagem da empresa;*
- *Desenvolvimento e apoio à base de conhecimentos das pessoas e da organização;*
- *Otimização da eficiência operacional.”*

O objetivo de cada empresa é maximizar o valor para os seus acionistas. O valor pode, certamente, ser criado ou deflacionado por decisões de negócios tomadas a partir do topo, mas também pode ser criado, conservado ou corroído por decisões de rotina que ocorrem em todos os níveis dentro da organização. A ERM apoia a criação e/ou preservação de valor, ajudando a gestão a lidar eficazmente com potenciais eventos futuros que criam incerteza e a responder de forma a reduzir a probabilidade de resultados que levariam à erosão desse valor. Uma gestão de riscos eficaz apoia o alinhamento da estratégia da entidade e os seus objetivos com o plano de gestão de riscos, facilitando a sua comunicação por toda a organização, e promove uma maior responsabilidade e propriedade dos controlos internos em toda a organização. O valor real da ERM é evidenciado quando as organizações olham para além da avaliação do risco com a única finalidade de atender a requisitos regulamentares mínimos (Marchetti, 2012).

Na opinião de Chapman (2011) a ERM poderá beneficiar as organizações, melhorando a sua capacidade em:

- *Aumentar a probabilidade de realização dos objetivos de negócio:*

A ERM permite equipar as organizações com as técnicas para identificar, registar e avaliar e alcançar as oportunidades que estas procuram, de forma pró-ativa. Ao mesmo tempo apoia a identificação e gestão consciente dos riscos associados às oportunidades selecionadas para garantir que o desempenho da base organizacional é reforçado e permitindo, simultaneamente, que as organizações amadureçam e realizem os seus objetivos estabelecidos.

- *Construir uma maior confiança dos stakeholders e dos investidores:*

Em resultado da crise financeira mundial, investidores, agências de *rating* e reguladores estão mais atentos à capacidade de as organizações compreenderem e

gerirem os seus riscos. Os investidores, em particular, querem entender o risco a que os seus investimentos estão expostos e a adequacidade do retorno esperado.

- Cumprir com os requisitos legais e regulamentares aplicáveis:

A ERM, através do estabelecimento (e, posteriormente, da monitorização) do modelo de gestão de riscos, permite que as organizações entendam e registem, de forma permanente, o contexto organizacional, incluindo, nomeadamente, os requisitos legais e regulamentares a que estas estão sujeitas e, caso aplicável, as implicações do seu incumprimento.

- Melhorar a resiliência organizacional:

Como o ambiente de negócios continua a mudar e o ritmo da mudança acelera, a resiliência é fundamental para a longevidade do negócio. A resiliência organizacional é, por vezes, considerada como o grau de flexibilidade da cultura de uma organização para responder à mudança. A ERM permite às organizações a compreensão de mudanças potenciais e a devida preparação através de respostas adequadas aos riscos daí resultantes ou da exploração de oportunidades.

- Melhorar o governo corporativo:

A ERM fortalece o governo corporativo através da melhoria da tomada de decisões sobre o apetite ao risco e tolerância.

- Incorporar o processo de gestão de riscos por toda a organização:

A ERM, através da criação de uma estrutura, política, processos, planos e formação pode incorporar o processo de gestão de riscos por toda a organização, desde o órgão de gestão de topo até aos restantes elementos da estrutura organizacional.

- Minimizar surpresas e perdas operacionais:

A ERM apoia as empresas, aumentando a sua capacidade de identificar eventos de risco potenciais, avaliar os riscos e estabelecer respostas, contribuindo, assim, para a redução da ocorrência de surpresas desagradáveis e custos ou perdas associadas.

- Melhorar as decisões de resposta ao risco:

A ERM fornece o rigor para identificar e seleccionar, de entre as respostas de risco alternativas, a eliminação de riscos, a sua redução, transferência ou retenção.

- Otimizar a alocação de recursos:

A compreensão clara, pelas organizações, dos riscos que enfrentam, promove a melhoria na alocação dos recursos para a sua mitigação e reduz o tempo despendido na sua gestão.

- Identificar e gerir riscos transversais a toda a organização:

As organizações enfrentam uma miríade de riscos que afetam as suas diferentes partes. Os benefícios da ERM só são otimizados quando é adotada uma abordagem aplicável a toda a organização.

- Relacionar crescimento, risco e retorno:

As organizações aceitam o risco como parte da criação e preservação de riqueza, esperando retornos compatíveis com o risco aceite. A ERM proporciona uma maior capacidade para identificar e avaliar os riscos e estabelecer níveis aceitáveis de risco em relação ao crescimento potencial da organização e à realização dos seus objetivos.

- Racionalizar capital:

Quanto mais robusta for a informação disponível sobre a exposição ao risco, mais eficaz será a avaliação, por parte da gestão, das necessidades gerais de capital e da sua alocação.

- Aproveitar oportunidades:

O processo de identificação de riscos tanto pode gerar oportunidades como ameaças. É necessário desenvolver respostas que permitam aproveitar essas oportunidades, ou lidar com as ameaças identificadas.

- Melhorar a aprendizagem organizacional:

A ERM pode melhorar a aprendizagem organizacional através do uso de lições aprendidas antes de embarcar em novos projetos ou através da manutenção de registos que possam ter obviado os riscos antes da sua materialização.

1.5 Limitações da Gestão de Riscos

A ERM permite que a gestão opere de forma mais eficaz num ambiente de negócios onde o perfil de exposição ao risco organizacional está em constante mutação. Todavia, não existe um processo de gestão de riscos que possa criar um ambiente livre de riscos (Chapman, 2011). Por outro lado, a incipiente ou má gestão de riscos pode acarretar um preço enorme, designadamente, consideráveis perdas financeiras, diminuição do valor do acionista, dano na reputação, despedimento de quadros superiores e, em alguns casos, a destruição do negócio (Barton, Shenkir, & Walker, 2002).

Independentemente do modelo de gestão de riscos que se implemente, este não será capaz de garantir, com uma segurança absoluta, o cumprimento dos objetivos da organização,

contribuindo, apenas, para a existência de uma segurança razoável na sua concretização. Acresce que, a gestão dos riscos é realizada por pessoas, o que determina, por si só, a existência de determinados riscos inerentes, como sejam, a título de exemplo, a possibilidade de ocorrência de erros ou lapsos, a subjetividade associada ao processo de tomada de decisões, o incumprimento doloso ou negligente dos processos de controlo interno e das políticas de gestão de risco.

É, também, frequente que aquando da implementação ou melhoria dos controlos, se despreze o efeito produzido sobre a eficiência do trabalho da unidade de negócio. As soluções que visem melhorar controlos deverão ter um impacto mínimo sobre a produtividade ou até melhorá-la, porquanto medidas que reduzam a produtividade da unidade terão poucas possibilidades de chegarem a ser colocadas em prática, ou de funcionarem durante um longo período (de la Fuente & de la Vega, 2003, p. 61).

1.6 Principais Normas e Estruturas

Atendendo à necessidade, já evidenciada, das organizações gerirem os riscos que enfrentam assistiu-se, ao longo das últimas três décadas, à publicação de um conjunto de normas, estruturas e modelos, visando a padronização de processos de gestão dos riscos, a uniformização de conceitos e a responsabilização dos vários níveis hierárquicos.

1.6.1 Estrutura Integrada de Controlo Interno do COSO

Originalmente formado em 1985, o COSO foi criado sob o patrocínio conjunto de várias associações e organizações profissionais norte-americanas de contabilidade. Em 1987, o COSO publicou o relatório da Comissão Nacional sobre Reporte Financeiro Fraudulento (CNRFF), que havia sido concebida de forma a permitir a identificação dos fatores que estariam na origem daqueles reportes fraudulentos, assim como os mecanismos que poderiam ser usados para a redução da sua ocorrência. O relatório continha várias recomendações, duas das quais versavam sobre o desenvolvimento de orientações que poderiam ajudar as empresas a melhorar os seus sistemas de controlo financeiro interno, assim como orientações sobre como avaliar a sua eficácia (Simon & Charette, 2010).

Em resultado daquelas recomendações, o COSO publicou, em 1992, um documento intitulado de Estrutura Integrada de Controlo Interno, (*Internal Control – Integrated Framework*), cujos objetivos se fixaram:

- Na criação de uma definição comum de controlo interno;

- Na produção de um modelo/estrutura através da qual as organizações poderiam avaliar os seus sistemas de controlo; e
- No fornecimento de orientações para que as organizações melhorassem os seus mecanismos de controlo interno.

Aquela primeira versão obteve grande aceitação, tendo sido aplicada internacionalmente e reconhecida como uma estrutura-modelo para desenvolvimento, implementação e condução do controlo interno, bem como para a avaliação da sua eficácia.

Em 2013, o COSO atualizou a Estrutura incluindo melhorias e esclarecimentos que visam facilitar a sua aplicação. Uma das melhorias mais significativas foi a formalização de conceitos fundamentais introduzidos na Estrutura original. Tais conceitos transformaram-se em princípios, que se associaram aos cinco componentes, proporcionando clareza no desenvolvimento e na implementação dos sistemas de controlo interno, além de compreensão dos requisitos que garantam a sua eficácia.

A Estrutura aplica-se a todas as entidades de grande, médio e pequeno porte, com e sem fins lucrativos, além de órgãos governamentais. Todavia, cada organização pode escolher implementar o controlo interno de forma diferente, podendo, por exemplo, ser mais ou menos formal ou estruturado.

O controlo interno auxilia as organizações no alcance dos seus objetivos, garantindo, ao mesmo tempo, a sua sustentabilidade e melhoria no seu desempenho. A Estrutura Integrada de Controlo Interno do COSO possibilita às organizações o desenvolvimento, de forma efetiva e eficaz, de sistemas de controlo interno capazes de responder aos ambientes operacionais e corporativos em constante mudança, reduzir os riscos para níveis aceitáveis e apoiar um processo sólido de tomada de decisões.

O COSO (2013) define controlo interno como *“um processo conduzido pela gestão de topo, administração e outros profissionais, desenhado para proporcionar segurança razoável relativamente à realização dos objetivos operacionais, de reporte e de conformidade.”*

A Estrutura apresenta três categorias de objetivos representando as metas que a entidade procura alcançar e que se relacionam, diretamente, com cinco componentes de controlo interno que, por sua vez, suportam a organização na concretização daqueles objetivos. Essa relação, acrescida de uma terceira dimensão, que traduz a estrutura organizacional, é representada através de uma matriz tridimensional, na forma de um cubo (figura 1.2).

Figura 1.2 – Representação da matriz tridimensional do COSO – CI



Fonte: Adaptado da Estrutura Integrada de Controle Interno do COSO

As três categorias de objetivos, representadas pelas colunas do cubo, permitem às organizações concentrarem-se em vários aspetos do controlo interno (COSO, 2013):

- Operacionais:
Relacionados com a eficácia e eficiência das operações, incluindo as metas de desempenho financeiro/operacional e a salvaguarda de ativos.
- De reporte:
Relacionados com as divulgações financeiras e não financeiras, internas e externas, podendo abranger os requisitos de confiabilidade, oportunidade, transparência ou outros termos estabelecidos pelos reguladores e legisladores, entidades normalizadoras ou pelas políticas internas da organização.
- De conformidade:
Relacionados com o cumprimento de leis, normas e regulamentos.

De forma resumida, descrevem-se os cinco componentes integrados do controlo interno, representados pelas linhas horizontais do cubo (COSO, 2013):

- Ambiente de Controlo:
Ponto de partida para os outros componentes, abrange a integridade e os valores éticos da organização e consiste no conjunto de normas, processos e estruturas que fornece a base para a condução do controlo interno por toda a organização;

- Avaliação dos Riscos:

Processo dinâmico e contínuo de identificação e avaliação dos riscos que poderão afetar a realização dos objetivos. Apresenta, como condição prévia à sua realização, o estabelecimento de objetivos ligados aos diferentes níveis da organização;

- Atividades de Controlo:

São estabelecidas através de políticas e procedimentos e consistem em ações de natureza preventiva ou detetiva, onde se inclui uma série de atividades manuais e automáticas, desempenhadas em todos os níveis da organização e que visam ajudar a mitigar os riscos que possam colocar em causa o cumprimento dos objetivos;

- Informação e Comunicação:

A informação, proveniente de fontes internas e externas, é fundamental no cumprimento das responsabilidades de controlo interno. A comunicação é o processo que permite fornecer, partilhar, e obter as informações necessárias;

- Atividades de Monitorização:

Avaliação contínua da presença e eficácia do controlo interno na organização.

De acordo com um documento publicado pela Deloitte (2014), a estrutura emitida pelo COSO, em 2013, apresenta, associados aos cinco componentes de controlo interno, dezassete princípios que representam os respetivos conceitos fundamentais. Acresce, que com estes princípios, estão ainda relacionados oitenta e sete pontos de foco (i.e. características que podem auxiliar na conceção, implementação e realização do controlo interno e na avaliação da implementação e cumprimento dos princípios).

O quadro 1.5 apresenta o elenco dos vários componentes, princípios e respetivos conceitos fundamentais associados à estrutura de controlo interno do COSO.

Quadro 1.5 – Relação entre princípios e pontos de foco do COSO – CI

AMBIENTE DE CONTROLO		
PRINCÍPIOS		PONTOS DE FOCO
1.	A organização demonstra ter comprometimento com a integridade e os valores éticos.	<ul style="list-style-type: none"> • Define o tom no topo; • Estabelece padrões de conduta; • Avalia a adesão às normas de conduta; • Gere os desvios de forma regular.
2.	O órgão de gestão de topo demonstra independência em relação aos seus executivos e supervisiona o desenvolvimento e o desempenho do controlo interno.	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece responsabilidades de supervisão; • Aplica conhecimento relevante; • Funciona de forma independente; • Fornece supervisão para o sistema de controlo interno.
3.	A gestão estabelece, com a supervisão do órgão de gestão de topo, as estruturas, os níveis de reporte e as adequadas autoridades e responsabilidades na busca dos objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Considera todas as estruturas da entidade; • Estabelece linhas de reporte; • Define, atribui e limita as autoridades e responsabilidades.
4.	A organização demonstra comprometimento para atrair, desenvolver e reter talentos competentes, em linha com seus objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece políticas e práticas; • Avalia competências e gere deficiências; • Atrai, desenvolve e retém recursos humanos; • Planeia e prepara a sucessão.
5.	A organização faz com que as pessoas assumam responsabilidade pelas suas funções de controlo interno na busca pelos objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Reforça a responsabilização através de estruturas, autoridades e responsabilidades; • Estabelece medidas de desempenho, incentivos e recompensas; • Avalia, de forma contínua, a relevância das medidas de desempenho, incentivos e recompensas; • Considera pressões excessivas; • Avalia o desempenho e as recompensas ou disciplina pessoas.

AVALIAÇÃO DOS RISCOS		
PRINCÍPIOS		PONTOS DE FOCO
6.	A organização especifica os objetivos com clareza suficiente, a fim de permitir a identificação e a avaliação dos riscos que lhes estão associados.	<ul style="list-style-type: none"> • Reflete as escolhas da gestão; • Considera tolerâncias de risco; • Inclui indicadores de desempenho operacional e financeiro; • Forma uma base para a alocação de recursos.
	Objetivos operacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Cumpre com as normas contabilísticas aplicáveis; • Considera a materialidade; • Reflete as atividades da entidade.
	Objetivos de relato financeiro externo	<ul style="list-style-type: none"> • Cumpre com as normas e os padrões estabelecidos externamente; • Considera o nível necessário de precisão; • Reflete as atividades da entidade.
	Objetivos de relato não financeiro externo	<ul style="list-style-type: none"> • Cumpre com as normas e os padrões estabelecidos externamente; • Considera o nível necessário de precisão; • Reflete as atividades da entidade.
	Objetivos de reporte interno	<ul style="list-style-type: none"> • Reflete as escolhas da gestão; • Considera o nível necessário de precisão; • Reflete as atividades da entidade.
	Objetivos de conformidade	<ul style="list-style-type: none"> • Cumpre com as leis e regulamentos externos; • Considera tolerâncias de risco.

AVALIAÇÃO DOS RISCOS	
PRINCÍPIOS	PONTOS DE FOCO
7. A organização identifica os riscos, em todos os níveis, que podem afetar a realização dos seus objetivos e analisa-os de modo a determinar a forma como devem ser geridos.	<ul style="list-style-type: none"> • Inclui a entidade, filial, divisão, unidade operacional e níveis funcionais; • Analisa fatores internos e externos; • Envolve níveis adequados da gestão; • Estima o significado dos riscos identificados; • Determina as respostas aos riscos.
8. A organização considera o potencial para a fraude na avaliação dos riscos que podem afetar a realização dos objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Considera vários tipos de fraude; • Avalia incentivos e pressões; • Avalia oportunidades; • Avalia atitudes e racionalizações.
9. A organização identifica e avalia as mudanças que poderiam afetar, de forma significativa, o sistema de controlo interno.	<ul style="list-style-type: none"> • Avalia mudanças no ambiente externo; • Avalia mudanças no modelo de negócio; • Avalia mudanças na liderança.

ATIVIDADES DE CONTROLO	
PRINCÍPIOS	PONTOS DE FOCO
10. A organização seleciona e desenvolve atividades de controlo que contribuem na redução, para níveis aceitáveis, dos riscos que podem afetar a realização dos objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Integra-se com a avaliação de riscos; • Considera fatores específicos da entidade; • Determina processos de negócios relevantes; • Avalia um conjunto de tipos de atividade de controlo; • Considera a que nível as atividades são aplicadas; • Atribui a segregação de funções.
11. A organização seleciona e desenvolve atividades gerais de controlo sobre a tecnologia para apoiar a realização dos objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Determina a dependência entre o uso da tecnologia nos processos de negócios e nos controlos gerais; • Estabelece atividades de controlo relevantes sobre as infraestruturas tecnológicas; • Estabelece atividades de controlo relevantes sobre processos de gestão da segurança; • Estabelece atividades de controlo relevantes sobre a aquisição, desenvolvimento e manutenção de tecnologia.
12. A organização estabelece atividades de controlo através de políticas que instituem aquilo que é esperado e os respetivos procedimentos que permitem a operacionalização daquelas políticas.	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece políticas e procedimentos para suporte da implementação das diretrizes da gestão; • Estabelece a responsabilidade e prestação de contas para a execução de políticas e procedimentos; • Fá-lo de uma forma regular; • Realiza ações corretivas; • Fá-lo usando recursos humanos competentes; • Reavalia as políticas e os procedimentos.

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	
PRINCÍPIOS	PONTOS DE FOCO
13. A organização obtém ou gera e utiliza informações significativas e de qualidade para apoiar o funcionamento do controlo interno.	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica os requisitos da informação; • Captura fontes internas e externas de dados; • Processa dados em informações relevantes; • Mantém a qualidade ao longo de processamento; • Considera custos e benefícios.

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	
PRINCÍPIOS	PONTOS DE FOCO
14. A organização transmite internamente as informações necessárias para apoiar o funcionamento do controlo interno, incluindo os objetivos e as responsabilidades pelo controlo.	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica informações de controlo interno; • Comunica com o órgão de gestão de topo; • Fornece linhas de comunicação separadas; • Seleciona métodos relevantes de comunicação.
15. A organização comunica com os públicos externos sobre assuntos que afetam o funcionamento do controlo interno.	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica para o exterior; • Permite a entrada de comunicações; • Comunica com o órgão de gestão de topo; • Fornece linhas de comunicação separadas; • Seleciona métodos relevantes de comunicação.

ATIVIDADES DE MONITORIZAÇÃO	
PRINCÍPIOS	PONTOS DE FOCO
16. A organização seleciona, desenvolve e realiza avaliações contínuas e/ou independentes para se certificar da presença e do funcionamento dos componentes do controlo interno.	<ul style="list-style-type: none"> • Considera uma combinação de avaliações contínuas e isoladas; • Considera a taxa de variação; • Estabelece um entendimento básico; • Faz uso de pessoal qualificado; • Integra os processos de negócio; • Ajusta a abrangência e a frequência; • Avalia objetivamente.
17. A organização avalia e comunica, em tempo útil, aos responsáveis por tomar ações corretivas, incluindo o órgão de gestão de topo, deficiências no controlo interno.	<ul style="list-style-type: none"> • Avalia resultados; • Comunica deficiências; • Monitoriza ações corretivas.

Fonte: Adaptado de (Deloitte, 2014, p. 56)

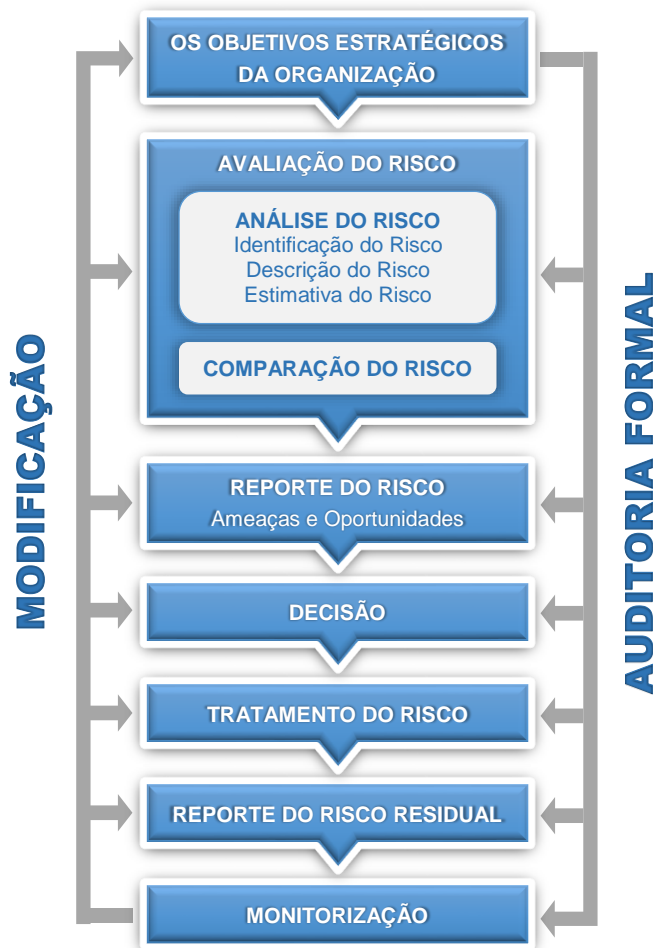
1.6.2 Norma de Gestão de Riscos da FERMA

A FERMA, fundada em 1974, reúne, atualmente, as associações nacionais de gestão de riscos de 20 países. Em 2002, esta Federação publicou, em resultado do trabalho de uma equipa composta por elementos das principais organizações de gestão de riscos do Reino Unido, uma norma de gestão de riscos, que apresentava, como desiderato, o incentivo ao consenso internacional sobre as melhores práticas de gestão de risco.

A norma visa auxiliar a implementação de um processo estratégico na gestão da concretização dos objetivos e aspirações globais de uma organização, através da identificação, avaliação e mitigação dos riscos, incluindo a transferência de alguns desses riscos através da contratação de seguros ou do recurso a *outsourcing*.

A FERMA detalha, na sua norma, as várias fases do processo de gestão de riscos, esquematizado na Figura 1.3.

Figura 1.3 – Processo de gestão de riscos da FERMA



Fonte: Adaptado da norma de gestão de riscos da FERMA (2003)

As várias fases que compõem o processo de gestão de riscos da FERMA são elucidadas de seguida (FERMA, 2003):

- Avaliação do risco:
Consiste no processo geral de análise de riscos e respetiva estimativa.
- Análise do risco:
A análise do risco compreende:
 - A identificação dos riscos, cujo objetivo é o de “identificar a exposição de uma organização ao elemento de incerteza”, exigindo, para tal, “um conhecimento profundo da organização, do mercado no qual esta desenvolve a sua atividade, do ambiente jurídico, social, político e cultural onde está inserida, assim como o desenvolvimento de uma sólida interpretação das suas estratégias e objetivos operacionais, incluindo os fatores fundamentais para o seu êxito e as ameaças e oportunidades relativas à obtenção dos referidos objetivos”.

- A *descrição dos riscos*, apresentando-os “num formato estruturado, por exemplo, através de uma tabela”, na qual deva constar “a consequência e probabilidade de cada um dos riscos definidos [possibilitando a identificação dos] *riscos chave* e [o estabelecimento de] *prioridades na análise detalhada dos mesmos*”. Os riscos deverão, ainda, ser contextualizados no que concerne ao respetivo âmbito, natureza, intervenientes, tolerância/apetência, tratamento e mecanismos de controlo, possíveis ações de melhoria e, por fim, o desenvolvimento de estratégias e políticas.
- A *estimativa dos riscos*, de forma “*quantitativa, semi-quantitativa ou qualitativa em termos de probabilidade de ocorrência e possível consequência*”.
- *Comparação de riscos:*

Finda a análise de riscos, “*é necessário comparar os riscos estimados com os critérios de riscos definidos pela organização, [podendo englobar] os custos e receitas associados, exigências legais, fatores socioeconómicos e ambientais, preocupações dos intervenientes, etc. [e, desse modo, apoiar] na tomada de decisões sobre a importância dos riscos para a organização e sobre a possibilidade de cada risco específico ser aceite ou corrigido*”.
- *Tratamento do risco:*

Consiste no “*processo de selecionar e implementar medidas para modificar um risco*”, nomeadamente através do seu controlo/diminuição, transferência ou eliminação da atividade na qual este pode ser materializado.
- *Comunicação dos riscos:*

Há que comunicar, a vários níveis, a informação sobre gestão de riscos, fazendo variar essa informação conforme o destino seja interno ou externo. A comunicação interna visa dar a conhecer as responsabilidades que cada um tem no seio da organização, garantir o fluxo de informação sobre novos riscos ou falhas constatadas nas medidas de controlo existentes e colocar, atempadamente, à disposição da gestão de topo, das unidades de negócio e dos colaboradores, a informação necessária para uma adequada reação. A comunicação externa consiste no reporte, a entidades externas, de informação financeira ou de outra natureza, como forma de possibilitar a avaliação do grau de eficácia da respetiva gestão.

- Monitorização e Revisão do processo de Gestão de Riscos:

É necessário aferir a existência de uma estrutura que assegure, eficazmente, a identificação e avaliação dos riscos e a adequabilidade dos controlos e respostas aos riscos implementadas pelo modelo de gestão de risco. Devem ser corrigidos eventuais desvios e realizadas revisões regulares ao sistema de controlo como forma de garantir a sua efetividade, eficiência e eficácia.

1.6.3 Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais do COSO

Atendendo a uma maior preocupação e foco na gestão de riscos, tornou-se, nos últimos anos, cada vez mais evidente, a necessidade de uma estrutura robusta para identificar, avaliar e gerir o risco, de forma eficaz (COSO, 2004).

Em 2001, o COSO iniciou um projeto, em parceria com a *PricewaterhouseCoopers*, que viria a resultar no desenvolvimento de um modelo, a instrumentalizar pelas organizações, na avaliação e melhoria da gestão de risco das suas organizações.

O período de desenvolvimento deste modelo viria a ficar marcado por uma série de escândalos financeiros em empresas, afetando, de forma significativa, a confiança de investidores, colaboradores e *stakeholders*. Tais episódios vieram alertar para a necessidade de maior transparência e fiabilidade na informação contabilística e financeira divulgada e, através da introdução de novas leis e regulamentação, melhorar e reforçar as competências da governação corporativa e da gestão de riscos.

Por conseguinte, foi-se tornando evidente, a necessidade de desenvolver um modelo de gestão de risco empresarial que fornecesse os princípios e conceitos-chave, assim como uma linguagem comum, constituindo-se como um guião para a implementação e desenvolvimento da gestão de risco nas organizações.

Em Setembro de 2004 foi, assim, publicado pelo COSO, um documento designado de Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais (*Enterprise Risk Management – Integrated Framework*), expandindo-se além do anterior modelo de controlo interno, desenvolvido em 1992, e direcionando o seu foco, de forma mais robusta e abrangente, para a gestão dos riscos empresariais.

Porém este modelo não substitui o anterior, ao invés incorpora-o, permitindo às organizações a sua adoção com vista à satisfação das necessidades do seu sistema de controlo interno, progredindo, posteriormente, para um processo de gestão de riscos.

De modo a facilitar a sua implementação por parte das organizações e como forma de justificar o investimento que muitas destas haviam já feito na implementação da estrutura de controlo interno, a estrutura de ERM do COSO foi construída em cima dos cinco elementos-chave da anterior estrutura (Simon & Charette, 2010).

Este documento foi emitido na senda de ajudar as organizações a identificar, avaliar e gerir os riscos de forma eficaz, estabelecendo princípios fundamentais da gestão de riscos, conceitos, linguagem e orientação (Marchetti, 2012).

1.6.3.1 O Processo de Gestão de Riscos do COSO

O modelo publicado pelo COSO é representado por uma matriz tridimensional, em forma de cubo (figura 1.4), na qual se verifica a existência de uma relação entre os componentes, as categorias de objetivos empresariais e a estrutura organizacional, cujos itens representam a amplitude de aplicação do modelo.

Figura 1.4 – Representação da matriz tridimensional do COSO – ERM



Fonte: Adaptado da Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais do COSO

1. AMBIENTE INTERNO

O cerne de qualquer negócio são os recursos humanos (especificamente os atributos referentes à integridade, valores éticos e competência) e o ambiente em que estes operam.

O ambiente interno determina a forma como o risco, o respetivo grau de tolerância e o Sistema de Controlo Interno (SCI) são percecionados pela organização, constituindo a base para todos os outros componentes da gestão de riscos.

**O AMBIENTE INTERNO
INFLUENCIA A FORMA
COMO:**

- A estratégia e os objetivos são definidos;
- As atividades são estruturadas, desenhadas e realizadas;
- Os riscos são identificados, avaliados e geridos;
- Os sistemas de informação e comunicação são desenhados e funcionam;
- As atividades de monitorização são desenhadas e realizadas.

A filosofia de gestão de riscos consiste nas convicções, opiniões e atitudes e caracteriza-se na forma como a organização percebe o risco em todas as suas atividades, desde o desenvolvimento e implementação da estratégia às suas atividades quotidianas. Reflete os valores organizacionais, influenciando a sua cultura e estilo operacional e afeta a forma como os componentes da gestão de riscos são aplicados, e como os riscos são identificados, aceites e geridos. Esta filosofia deverá repercutir-se por toda a organização, veiculada através de políticas, informações verbais ou escritas e na tomada de decisões.

O apetite pelo risco determina o nível de risco que uma entidade se predispõe a aceitar para atingir os seus objetivos, e é considerado ao estabelecer a estratégia institucional, podendo ser definido em termos qualitativos ou quantitativos.

2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

O facto de as organizações enfrentarem uma variedade de riscos, com origem em fontes internas ou externas, determina a definição de objetivos como pré-condição à identificação, avaliação e resposta adequada aos riscos.

Os objetivos definidos a nível estratégico estabelecem a base para a definição dos objetivos operacionais, de reporte e de conformidade, os quais deverão estar alinhados e ser consistentes com o nível de apetite pelo risco definido pela organização.

No quadro 1.6 descrevem-se os tipos de objetivos presentes na matriz do COSO-ERM.

Quadro 1.6 – Definição de objetivos organizacionais

OBJETIVOS	DESCRIÇÃO
Estratégicos	Objetivos de alto nível alinhados com a missão e visão da organização
Operacionais	Objetivos relacionados com a eficácia e eficiência das operações, que constituem uma referência na alocação dos recursos
Reporte	Objetivos relacionados com a preparação de reportes internos ou externos contendo informação fiável, de natureza financeira ou não financeira
Conformidade	Objetivos relacionados com o cumprimento de legislação e regulamentação aos quais a organização se encontra sujeita

Fonte: Adaptado da Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais do COSO

3. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

Deverão ser identificados, de forma contínua e interativa, os eventos de origem externa e interna que, caso ocorram, possam comprometer, positiva ou negativamente, a implementação da estratégia e a concretização dos objetivos da organização. A eficácia da gestão de riscos depende, em larga medida, da capacidade da organização desenvolver, continuamente, o processo de identificação dos riscos, nomeadamente, através de atualizações periódicas aquando da deteção de novos riscos ou da sua erradicação.

De um modo geral, a identificação dos riscos constitui uma fase crucial, formando a base da avaliação de riscos e assegurando que a estes seja atribuída uma resposta adequada.

A identificação de riscos poderá, na sua metodologia, empregar uma combinação de técnicas. As técnicas de identificação de riscos deverão considerar quer eventos passados, quer eventos que possam vir a ocorrer no futuro. No que concerne a eventos passados deverão ser consideradas questões como o comportamento da organização, dos seus clientes ou do mercado. As técnicas cujo foco recai sobre eventos futuros deverão considerar questões concernentes a alterações nas características demográficas, novas condições de mercado ou ações concorrenciais.

A título de exemplo, algumas das técnicas para identificação de riscos poderão consistir em reuniões e entrevistas com os responsáveis dos Serviços ou demais colaboradores, no desenho e análise do fluxo dos processos, na realização de avaliações de situações adversas ocorridas em entidades congéneres, ou, ainda, a consulta de listagens que forneçam informação sobre riscos específicos do setor de atividade.

4. AVALIAÇÃO DOS RISCOS

O horizonte temporal utilizado para a avaliação dos riscos deverá ser consistente com o da estratégia e dos objetivos da organização. Os riscos identificados são avaliados de acordo com a sua probabilidade de ocorrência e impacto previsto, sendo a primeira representativa da possibilidade ou da respetiva frequência da ocorrência de determinado evento e a segunda representativa do seu efeito.

Os riscos devem, ainda, ser classificados numa perspetiva de risco inerente e risco residual, sendo o primeiro aquele que existe antes de ser considerada qualquer resposta ao risco e o segundo aquele que permanece após a implementação de respostas ao risco, nomeadamente, através da implementação de controlos que visem reduzir a probabilidade de ocorrência ou o seu impacto. A avaliação de risco é, por conseguinte, efetuada

inicialmente tendo em consideração os riscos inerentes e, após a definição e implementação de respostas ao risco, efetuada para os riscos residuais.

O quadro 1.7 estabelece os critérios de classificação das duas variáveis do risco.

Quadro 1.7 – Critérios de classificação do risco

IMPACTO PREVISTO	PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA
Baixo Os possíveis impactos financeiros ou outros não são considerados materialmente relevantes nem os danos provocados comprometem a eficácia ou eficiência das operações ou a imagem da organização.	Baixa Atendendo à natureza da atividade ou à eficácia/adequação das medidas de controlo, a possibilidade de ocorrência de determinado evento ou a frequência com que este possa ocorrer, num determinado período, é relativamente baixa.
Médio O risco identificado pode comportar prejuízos financeiros ou outros e afetar o funcionamento dos Serviços e os objetivos de gestão, podendo comprometer a eficiência e a eficácia dos processos.	Média A probabilidade de ocorrência de determinado evento de risco é classificada como média, quando o processo seja executado ocasionalmente e o respetivo controlo interno não se revele suficientemente eficaz.
Alto O risco identificado pode resultar em prejuízos financeiros materialmente relevantes ou outros de impacto significativo, comprometendo a eficiência e a eficácia dos processos e colocando em causa o cumprimento da missão da organização e a sua imagem.	Alta A probabilidade de ocorrência ou de frequência de um evento de risco é considerada alta quando a natureza da atividade apresenta essa característica, ou quando isolada ou cumulativamente, as medidas de controlo introduzidas, se revelem inadequadas ou ineficazes.

Fonte: Elaboração própria

O risco é classificado utilizando uma grelha bidimensional, em cujos eixos figuram o impacto previsto e a probabilidade de ocorrência, conforme figura 1.5.

Figura 1.5 – Matriz de classificação dos riscos



Fonte: Elaboração própria

A avaliação da probabilidade e do impacto do risco poderá ser realizada através de métodos qualitativos e/ou quantitativos, de forma individual ou por categorias, tendo por base um horizonte temporal. Por regra, quando não existe informação suficiente ou quando os riscos são difíceis de quantificar, opta-se pela utilização de métodos qualitativos. Porém, os métodos quantitativos apresentam uma maior precisão, sendo utilizados, normalmente, em atividades mais complexas ou como complemento.

5. RESPOSTAS AOS RISCOS

Após conduzir um processo de avaliação dos riscos, a organização deverá determinar uma resposta adequada, no sentido de evitar, partilhar, reduzir ou aceitar esses riscos, considerando o processo em causa e o efeito sobre a probabilidade de ocorrência e o impacto previsto, assim como os custos e benefícios subjacentes à opção tomada, de forma a manter os riscos residuais, após a efetivação das medidas de controlo, dentro de um limite aceitável. Esta decisão poderá ser auxiliada pela aplicação de um conjunto de estratégias, como as apresentadas no quadro 1.8.

Quadro 1.8 – Respostas aos riscos

RESPOSTA	DESCRIÇÃO
Evitar	Eliminar a causa ou descontinuar as atividades que geram o risco, nomeadamente através da desistência de uma linha de produtos, do recuo na expansão para novos mercados geograficamente dispersos, ou da venda de uma unidade de negócio.
Partilhar	Reduzir a probabilidade de ocorrência ou impacto previsto, transferindo ou partilhando parte do risco com terceiros, através, designadamente, da aquisição de apólices de seguros ou do recurso a <i>outsourcing</i> .
Reduzir	Adotar medidas que reduzam a probabilidade de ocorrência ou o impacto previsto, ou ambos.
Aceitar	Nenhuma ação é adotada no sentido de influenciar a probabilidade de ocorrência ou o impacto previsto.

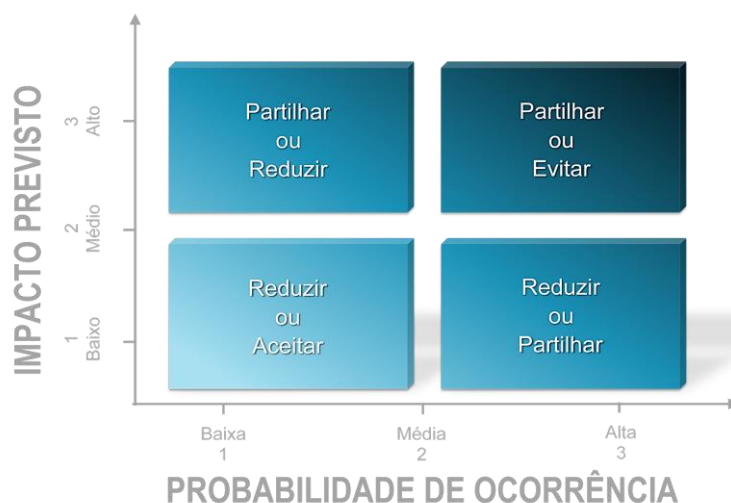
Fonte: Adaptado da Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais do COSO

Se por um lado, um risco classificado como baixo não exige grandes considerações, por outro, um risco classificado como alto exigirá uma resposta mais eficaz e célere, concretizada, nomeadamente, através do direcionamento dos recursos. As circunstâncias situadas entre esses extremos são, geralmente, difíceis de gerir.

Caso a resposta passe pela redução do risco, carece que seja efetuada análise ponderada ao peso relativo que cada uma das variáveis tem na sua classificação. Por conseguinte, será expectável, que as medidas de controlo a introduzir permitam reduzir o risco para um nível aceitável através da mitigação da variável de maior significado.

A figura 1.6 apresenta, esquematicamente, um conjunto de possíveis estratégias de resposta aos riscos de acordo com a classificação obtida para cada uma das variáveis.

Figura 1.6 – Possíveis estratégias de resposta aos riscos



Fonte: Elaboração própria

6. ATIVIDADES DE CONTROLO

Na gestão de riscos empresariais, os controlos internos são os mecanismos utilizados para atenuar ou reduzir as exposições ao risco de uma organização (Hardy, 2015).

Idealmente, quando os riscos são identificados, devem ser encetados todos os esforços no sentido de se lhe emparelharem controlos internos específicos com vista à sua mitigação. No mínimo, como boa prática, dever-se-ão associar controlos internos específicos aos maiores riscos a que a organização está exposta (Hardy, 2015).

Na opinião de Cendrowski & Mair (2009) os controlos só se justificam na medida em que sirvam um propósito, i.e., a diminuição de exposição aos riscos, reduzindo a probabilidade de ocorrência de eventos, a frequência da sua ocorrência, ou o impacto das consequências causadas. A exposição é o impacto da consequência (geralmente expresso em termos financeiros) multiplicado pelo número de incidentes que possam ocorrer.

O controlo interno é uma componente essencial da gestão de riscos, alavancando a mitigação dos riscos para níveis tolerados e funcionando como salvaguarda da retidão na tomada de decisões, prevenindo a ocorrência de erros e irregularidades, ou minimizando as suas consequências. Os controlos devem estar disseminados por todos os níveis organizacionais, podendo compreender, designadamente, procedimentos relacionados com a segregação de funções, revisões, reconciliações ou aprovações.

Os controlos constituem uma parte fundamental no processo pelo qual a organização tenta atingir os seus objetivos. Embora os controlos se relacionem, geralmente, com um determinado tipo de objetivos, permitem, por vezes, a concretização de outro tipo de objetivos, isto é, a título de exemplo, controlos sobre operações poderão também assegurar quer a fiabilidade do reporte, quer a conformidade com leis e regulamentos.

De acordo com Moraes e Martins (2007, p. 31), “qualquer sistema de controlo interno deve incluir os controlos adequados, podendo classificar-se” de acordo com os tipos apresentados no quadro 1.9:

Quadro 1.9 – Tipificação dos controlos

CONTROLOS	DESCRIÇÃO
Preventivos	Visam impedir que factos indesejáveis ocorram, sendo considerados controlos <i>a priori</i> .
Detetivos	Permitem detetar factos indesejáveis que já tenham ocorrido, sendo considerados controlos <i>a posteriori</i> .
Diretivos/Orientativos	Servem para provocar ou encorajar a ocorrência de um facto desejável.
Corretivos	Possibilitam a retificação de problemas identificados.
Compensatórios	Permitem compensar eventuais fraquezas de controlo noutras áreas da organização.

Fonte: Adaptado de (Moraes & Martins, 2007, p. 31)

O controlo interno deverá assentar num conjunto de medidas que assegurem o cumprimento dos objetivos institucionais, assumindo, por exemplo, as seguintes formas:

- a) Manuais de controlo interno e regulamentos atualizados e dinâmicos que contenham a descrição e desenho funcional dos procedimentos internos;
- b) Controlo hierárquico regular e focado nas atividades internas de cada Serviço;
- c) Divulgação oportuna de normativos organizacionais:
 - Regulamento Interno;
 - Código de Ética;
 - Plano de Gestão de Riscos;
 - Circulares Internas.
- d) Atualização da legislação e regulamentação de enquadramento à atividade.

7. INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

O processamento e a filtragem de grandes volumes de informação, proveniente quer de fontes internas, quer de fontes externas, apresenta-se como um dos maiores desafios à tomada de decisões. Assim, a informação considerada relevante deverá ser identificada,

avaliada e comunicada de forma e no prazo que, permitam aos vários níveis responder efetivamente aos riscos. Dito de outra forma, para que seja ultrapassado aquele desafio, a informação pertinente deverá fluir de forma correta, com a complexidade necessária, dirigida às pessoas certas e na ocasião oportuna.

A COMUNICAÇÃO DEVE OCORRER DE FORMA A PERMITIR TRANSMITIR, EFICAZMENTE:

- A estratégia e os objetivos institucionais;
 - A importância e a pertinência da gestão de riscos;
 - O nível de tolerância dos riscos;
 - Uma linguagem comum no que concerne à gestão de riscos;
 - A definição das funções e responsabilidades das direções e colaboradores na gestão de riscos.
-

A comunicação também deve ocorrer de fora da organização, através de canais por onde clientes/utentes e fornecedores possam facultar informação significativa acerca da qualidade dos produtos/serviços, possibilitando, assim, a perceção de riscos que, de outra forma, passariam despercebidos e adaptando a oferta às suas exigências ou preferências.

8. MONITORIZAÇÃO

O processo de gestão de riscos, na sua globalidade, deverá ser monitorizado, ajustando-o sempre que necessário, pois os objetivos ou a estratégia poderão mudar, as respostas ao risco que antes eram efetivas poderão tornar-se irrelevantes e as atividades de controlo poderão tornar-se menos eficazes ou deixar de ser efetuadas.

A monitorização visa assegurar que a gestão de riscos e respetivos componentes continuam a operar de forma efetiva. Este processo envolve a avaliação da conceção e operação dos controlos, podendo ser efetuada através de atividades contínuas dentro do Serviço ou através de avaliações periódicas independentes realizadas pela Auditoria Interna ou entidades externas.

As atividades de monitorização realizadas continuamente pelos Serviços, onde se incluem, entre outras, atividades regulares de gestão e supervisão, comparações, reconciliações e outras ações rotineiras, permitem reagir de forma mais oportuna a possíveis alterações estruturais e processuais e de forma mais preventiva à ocorrência de erros ou irregularidades, do que as atividades realizadas através de avaliações externas. A monitorização dos controlos realizada, internamente, pelos Serviços, permite uma gestão mais pró-ativa dos riscos, que aquela, resultante de avaliações externas, que se

carateriza, tendencialmente, por ser mais reativa. Por conseguinte, quanto mais amplas e eficazes sejam as atividades realizadas internamente pelos Serviços, menor será a necessidade da realização de avaliações externas ao Serviço. Porém, o recurso combinado das duas formas de monitorização, permitirá à organização, aumentar a garantia de que, ao longo do tempo, a gestão de riscos se mantém eficaz.

1.6.4 ISO 31000:2009 – Gestão de Riscos - Princípios e Orientações

A publicação da ISO 31000:2009 teve como objetivo fornecer uma visão holística sobre a gestão de riscos, uma linguagem comum e ajudar as organizações a integrar, de forma efetiva, este processo no seu sistema de gestão global, constituindo-se como a primeira norma internacional sobre gestão de riscos (Hardy, 2015).

A norma pode ser aplicada, em qualquer momento, por todo o tipo de organizações, das mais variadas dimensões, e a qualquer setor de atividade. A gestão de riscos pode ser aplicada à organização nas suas diversas áreas e níveis, bem como a funções específicas, projetos e atividades (ISO, 2009).

Quando implementada e mantida em conformidade com esta norma Internacional, a gestão do risco permite à organização, por exemplo:

- Aumentar a probabilidade no alcance de objetivos;
- Incentivar a gestão pró-ativa ao invés da gestão reativa;
- Melhorar a identificação de oportunidades e ameaças;
- Melhorar a confiança dos *stakeholders*;
- Estabelecer uma base confiável para a tomada de decisão e planeamento;
- Melhorar os controlos;
- Alocar e gerir eficazmente os recursos no tratamento do risco;
- Melhorar a eficácia e eficiência operacional;
- Melhorar a prevenção de perdas e gestão de incidentes.

A norma ilustra o relacionamento entre princípios para a gestão do risco, a estrutura do modelo recomendado e o processo de gestão dos riscos (figura 1.7).

- a) Princípios para a gestão de riscos: especificam a finalidade, caraterísticas e abrangência daquela gestão.
- b) Estrutura/Modelo de gestão de riscos: apresenta uma integração contínua e cíclica de implementação e monitorização do modelo.

- c) Processo de gestão de riscos: Consiste em cinco etapas de aplicação cíclica, com vista a garantir a eficácia da gestão de riscos.

Figura 1.7 – Relação entre princípios, estrutura/modelo e processo de gestão de riscos



Fonte: Adaptado da ISO 31000:2009

1.6.4.1 Princípios para a Gestão de Riscos da Norma ISO 31000:2009

Para que a gestão de riscos seja eficaz, as organizações devem, em todos os níveis, garantir a conformidade com os princípios enunciados no quadro 1.10:

Quadro 1.10 – Princípios para a gestão de riscos

PRINCÍPIOS PARA A GESTÃO DE RISCOS	
1.	A gestão de riscos cria e protege valor Contribuindo para a melhoria do desempenho e concretização de objetivos ao nível, por exemplo, da segurança e saúde no trabalho, da conformidade legal e regulamentar, da proteção ambiental, da qualidade do produto, da gestão de projetos, da eficiência e eficácia nas operações, da governação e da reputação.
2.	A gestão de riscos é parte integrante de todos os processos organizacionais Não é uma atividade autónoma, separada das principais atividades e processos da organização, sendo, pelo contrário, parte integrante de todos os processos organizacionais sob a responsabilidade da administração.
3.	A gestão de riscos faz parte da tomada de decisão Ajudando os decisores a tomar decisões informadas, a priorizar ações e a identificar ações alternativas.
4.	A gestão de riscos aborda explicitamente a incerteza Analisando a respetiva natureza e a forma de lidar, adequadamente, com a incerteza.
5.	A gestão de riscos é sistemática, estruturada e oportuna Contribuindo para a eficiência, fiabilidade, comparabilidade e consistência dos resultados.
6.	A gestão de risco é baseada na melhor informação disponível O processo de gestão de riscos é apoiado em fontes de informação, tais como dados históricos, experiência, feedback dos <i>stakeholders</i> , observação, previsões e pareceres de peritos.
7.	A gestão de riscos é implementada sob medida Estando alinhada com contexto externo e interno da organização e o seu perfil de risco.
8.	A gestão de risco tem em conta fatores humanos e culturais Reconhecendo as capacidades, perceções e intenções do pessoal interno e externo à organização, que podem influenciar, positiva ou negativamente, a concretização dos objetivos.
9.	A gestão de riscos é transparente e inclusiva A participação adequada e atempada dos <i>stakeholders</i> e, em particular, dos decisores em todos os níveis da organização, garante que a gestão de risco permaneça relevante e atual. O envolvimento dos <i>stakeholders</i> permite, ainda, que estes sejam devidamente representados e que os seus pontos de vista sejam tidos em conta na determinação dos critérios de risco.

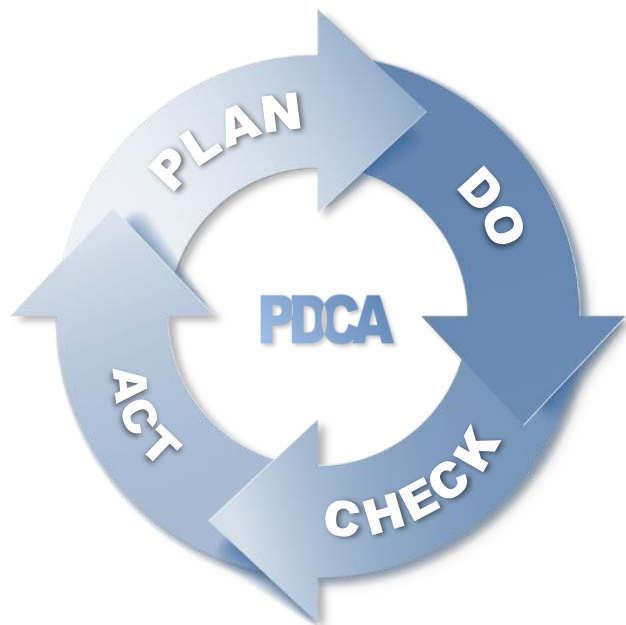
PRINCÍPIOS PARA A GESTÃO DE RISCOS	
10.	A gestão de risco é dinâmica, interativa e sensível a alterações Monitorizando e respondendo continuamente a novos <i>inputs</i> , externos e internos, como, por exemplo, alterações no contexto organizacional, surgimento de novos riscos ou no desaparecimento de outros.
11.	A gestão de risco facilita a melhoria contínua da organização As organizações devem desenvolver e implementar estratégias que visem melhorar a maturidade da gestão de riscos juntamente com outros aspetos da sua organização.

Fonte: Adaptado da ISO 31000:2009

1.6.4.2 Estrutura/Modelo de Gestão de Riscos

O conceito de ERM constante da ISO 31000:2009 tem subjacente uma abordagem de gestão da qualidade utilizando o paradigma de Deming (1986) de *Plan* (Planear), *Do* (Executar), *Check* (Rever) e *Act* (Agir), conforme evidenciado na figura 1.8. A qualidade da tomada de decisão numa organização é reforçada através da melhoria contínua do modelo de gestão de risco. O modelo é planeado, executado, monitorizado e continuamente melhorado seguindo a abordagem PDCA (Fraser & Simkins, 2010).

Figura 1.8 – Paradigma de Deming (PDCA)



Fonte: Adaptado de <https://en.wikipedia.org/wiki/PDCA>

O sucesso da gestão de riscos vai depender da eficácia da gestão na implementação transversal do modelo em todos os níveis da organização. O modelo garante que as informações relevantes sobre risco, resultantes do processo de gestão de riscos, são adequadamente relatadas e utilizadas como base para a tomada de decisões e prestação de contas (ISO, 2009).

O modelo de gestão de riscos presente na norma é constituído por cinco componentes que se interrelacionam de forma interativa entre si (Figura 1.9). A intenção da norma não é a de prescrever este modelo a todas as organizações, propondo, ao invés, que os diferentes componentes sejam adaptados às necessidades específicas de cada organização.

Figura 1.9 – Estrutura/modelo de gestão de riscos



Fonte: Adaptado da ISO 31000:2009

1. MANDATO E COMPROMISSO

A implementação de um processo de gestão de riscos e a manutenção da sua eficácia exigirá um forte compromisso por parte da administração, assim como um planeamento estratégico e rigoroso que assegure que esse compromisso seja alcançado em todos os níveis da organização. De acordo com a presente norma, a administração deverá:

- Definir e aprovar a política de gestão de riscos;
- Garantir que a política de gestão de riscos e a cultura da organização estão alinhadas;
- Garantir que os objetivos da gestão de riscos estão alinhados com os objetivos e estratégias da organização;
- Assegurar a conformidade legal e regulamentar;
- Atribuir responsabilidades apropriadas aos vários níveis da organização;
- Assegurar que sejam alocados os recursos necessários à gestão de riscos;
- Comunicar os benefícios da gestão de riscos aos *stakeholders*; e
- Assegurar a atualidade e adequacidade do modelo de gestão de riscos.

2. DESENHO DO MODELO DE GESTÃO DE RISCOS

a) Compreensão da organização e do seu contexto:

Antes de conceber e implementar o modelo de gestão de riscos, carece avaliar e compreender o contexto interno e o contexto externo da organização, uma vez que estes podem influenciar, significativamente, o desenho do modelo.

b) Estabelecimento da política de gestão de riscos:

A política de gestão de riscos deverá indicar claramente os objetivos da organização no que concerne à gestão de riscos, devendo ser comunicada de forma adequada.

c) Responsabilidade:

A organização deverá garantir a responsabilidade, autoridade e competência adequada para a gestão de riscos, incluindo a implementação e manutenção do processo de gestão de riscos e a adequação, eficácia e eficiência dos controlos.

d) Integração com os processos organizacionais:

A gestão de riscos deve ser incorporada nas práticas e processos da organização de forma a assegurar a sua relevância, eficácia e eficiência.

e) Recursos:

A organização deverá alocar os recursos necessários (recursos humanos e tecnológicos, conhecimento, experiência e competência) à implementação e prossecução do processo de gestão de riscos.

f) Estabelecimento de comunicação e reporte interno:

A organização deverá estabelecer, de forma adequada e oportuna, mecanismos de notificação e comunicação sobre quaisquer informações relevantes assinaladas pela gestão de riscos, a fim de promover a propriedade e responsabilidade sobre o risco.

g) Estabelecimento de comunicação e reporte externo:

A organização deverá desenvolver e implementar um plano que defina a forma como deverá ser comunicada a informação de gestão de riscos com o exterior, nomeadamente com os *stakeholders*.

3. IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO DE RISCOS

Este componente visa, por um lado e num momento prévio, a implementação do modelo e, por outro, a implementação do(s) processo(s) de gestão de riscos:

a) Implementação do modelo de gestão de riscos:

Aquando da aplicação do modelo de gestão de riscos, a organização deverá definir o momento, o calendário e a estratégia adequados, assim como, ao mesmo tempo, cumprir com os requisitos legais e regulamentares, garantir que as decisões tomadas estejam alinhadas com as conclusões geradas a partir do processo de gestão de riscos e garantir, através da comunicação e consulta aos *stakeholders*, que a gestão de riscos se mantém relevante e atual.

b) Implementação do processo de gestão de riscos:

O processo de gestão de riscos deve ser implementado, de forma a garantir a sua aplicação através de um plano transversal a todos os níveis e funções relevantes da organização.

4. MONITORIZAÇÃO E REVISÃO DO MODELO

A fim de garantir que a gestão de riscos continua a apoiar, eficazmente, o desempenho organizacional, a organização deverá:

- Medir, através de indicadores periodicamente revistos, o desempenho e adequação da gestão de riscos;
- Medir, periodicamente, os desvios observados relativamente ao plano previamente estabelecido;
- Tendo em conta o contexto externo e interno da organização, rever periodicamente a adequabilidade do modelo, política e plano de gestão de riscos;
- Reportar informação relevante sobre o risco, os progressos na aplicação do plano de gestão de riscos e o cumprimento da respetiva política; e
- Avaliar a eficácia do modelo de gestão de riscos.

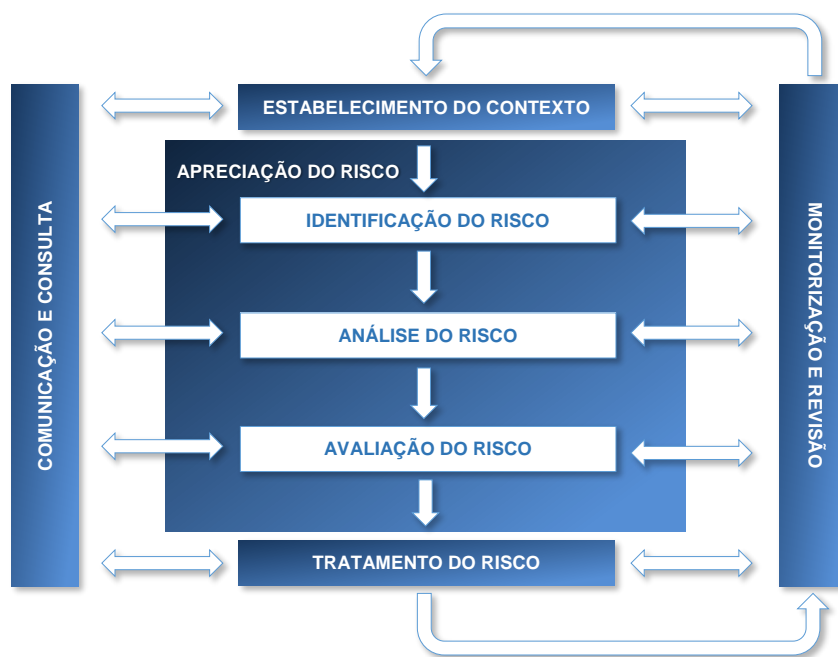
5. MELHORIA CONTÍNUA DO MODELO

Os resultados obtidos na monitorização e revisão deverão promover a melhoria da tomada de decisão, da política e cultura de gestão de riscos.

1.6.4.3 O Processo de Gestão de Riscos

A norma procede, ainda, à representação esquemática (figura 1.10) das cinco fases concernentes à implementação do processo de gestão de riscos.

Figura 1.10 – Processo de gestão de riscos



Fonte: Adaptado da ISO 31000:2009

O processo de gestão de riscos deverá ser parte integrante da gestão, incorporado na cultura e práticas da organização, e implementado à medida dos seus processos de negócio, constituindo-se nas seguintes fases:

1. COMUNICAÇÃO E CONSULTA

Deverão ser desenvolvidos, numa fase inicial, planos que garantam, em todas as fases do processo de gestão de riscos, a comunicação e consulta com os *stakeholders*, internos e externos, abordando questões relacionadas com o risco, as respetivas causas e consequências (caso sejam conhecidas) e as medidas tomadas para o seu tratamento. Aos responsáveis pela implementação do processo de gestão de riscos e restantes interessados deverá ser facultada a informação necessária à compreensão da base na qual são tomadas as decisões e as razões que justificam a implementação de ações específicas.

2. ESTABELECIMENTO DO CONTEXTO

Ao estabelecer o contexto, interno e externo, a organização articula os seus objetivos, define os parâmetros a ter em conta na gestão de riscos e determina o âmbito e os critérios de risco para as fases seguintes do processo. Apesar de muitos destes parâmetros apresentarem semelhanças com aqueles considerados no desenho do modelo, é necessário que, nesta fase, sejam considerados em maior detalhe e que se procure relacioná-los com o âmbito específico do processo de gestão de riscos em causa.

3. APRECIÇÃO DO RISCO

A apreciação do risco consiste numa etapa global e que abrange as seguintes fases:

a) Identificação do risco:

Deverão ser identificadas as fontes geradoras de risco, as suas causas e as suas consequências potenciais. O objetivo deste passo é o de gerar uma lista abrangente de eventos, cujos riscos associados possam criar, melhorar, prevenir, degradar, acelerar ou atrasar a realização dos objetivos. É, igualmente, importante identificar os riscos associados ao não explorar oportunidades. É imperioso que seja realizada uma identificação completa, porque qualquer risco não identificado nesta fase será descurado nas fases seguintes. A organização deverá aplicar ferramentas e técnicas de identificação adequadas aos riscos enfrentados, aos seus objetivos e recursos.

b) Análise do risco:

A análise de risco envolve o desenvolvimento de uma compreensão do risco. A análise de risco fornece os *inputs* necessários à avaliação do risco e à decisão sobre a forma de tratar o risco, incluindo o estabelecimento da respetiva estratégia e metodologia. A análise de risco envolve a consideração das causas e fontes de risco, as suas consequências positivas e negativas, e a probabilidade dessas consequências poderem ocorrer. Os fatores que afetam as consequências e a probabilidade deverão ser identificados. A eficácia e a eficiência dos controlos existentes também devem ser tidas em conta. A forma como são expressas as consequências e a probabilidade e o resultado da combinação destas variáveis deverão ser coerentes com os critérios de risco definidos pela organização. A análise do risco pode ser realizada com diferentes graus de pormenor, dependendo do risco, do objetivo da análise ou da informação e os recursos disponíveis. A análise pode ser qualitativa, semi-quantitativa ou quantitativa, ou uma combinação destas, consoante as circunstâncias.

c) Avaliação do risco:

Tendo por base os resultados obtidos da análise de risco, o objetivo da avaliação do risco é o de auxiliar na tomada de decisões sobre quais os riscos que deverão ser tratados e a prioridade a dar a esse tratamento. A avaliação de risco consiste na comparação do nível de risco determinado durante o processo de análise com os critérios de risco estabelecidos quando o contexto foi considerado. As decisões devem ser tomadas em conformidade com os requisitos legais e regulamentares.

4. TRATAMENTO DO RISCO

Envolve a escolha de uma ou mais opções para modificar os riscos e a implementação dessas opções. A decisão tomada deverá estar assente numa análise de custo/benefício. Trata-se de um processo cíclico de decisão sobre o tratamento a aplicar ao risco, verificando se o nível de risco residual é tolerável (optando-se, caso contrário, por um novo tratamento que garanta a aceitação do nível de risco residual pela organização) e avaliando a eficácia do tratamento. As opções de tratamento do risco não são mutuamente exclusivas ou apropriadas a todas as circunstâncias, podendo incluir:

- a) Evitar o risco ao decidir não iniciar ou continuar com a atividade que o gera;
- b) Aceitar ou aumentar o risco associado a uma oportunidade;
- c) Remover a fonte do risco;
- d) Reduzir a probabilidade;
- e) Minimizar as consequências;
- f) Partilhar o risco com terceiros (nomeadamente seguradoras); e
- g) Aceitar, conscientemente, o risco.

5. MONITORIZAÇÃO E REVISÃO

Esta fase envolve um acompanhamento regular, registando-se todos os aspetos do processo de gestão de riscos, no sentido de ser assegurada:

- a) A eficácia e eficiência dos controlos quer na sua conceção, quer na sua operacionalização;
- b) A obtenção de maior e melhor informação para a melhoria da avaliação do risco;
- c) A análise e aprendizagem sobre eventos passados (alterações de contexto interno e externo que podem requerer revisão de prioridades ou do tratamento do risco, tendências, sucessos e fracassos);
- d) A identificação de riscos emergentes.

1.7 Comparação das Principais Normas e Estruturas

Hardy (2015) defende que as normas e estruturas são semelhantes nos seguintes aspetos:

- Adoção de uma abordagem empresarial, com a atribuição de responsabilidades definidas;
- Etapas do processo estruturadas;
- Supervisão e notificação dos riscos identificados;
- Definição do apetite pelo risco e dos limites de tolerância aceitáveis;
- Documentação formal dos riscos aquando da sua identificação e avaliação;
- Estabelecimento e comunicação dos objetivos e atividades da gestão de riscos;
- Monitorização de planos de gestão de riscos.

Todavia, aquela autora entende existirem diferenças entre as normas e estruturas apresentadas anteriormente e sintetizadas no quadro 1.11, a saber:

Quadro 1.11 – Comparação de normas e estruturas

FERMA:2002	COSO ERM:2004	ISO 31000:2009
A norma da FERMA não foi projetada tendo em mente um processo prescritivo para a gestão de riscos empresariais. Todavia, a norma descreve os componentes necessários a uma estrutura de gestão de riscos empresariais, os quais representam as melhores práticas para que as organizações se possam medir.	A estrutura do COSO, mais do que qualquer outra, coloca um maior grau de responsabilidade no órgão de gestão, exigindo que este não só apoie a gestão de riscos empresariais, como também se envolva diretamente no processo. Esta estrutura também faculta um documento contendo técnicas de aplicação, que fornece uma variedade de exercícios, ferramentas e exemplos, que visam facilitar a implementação da gestão de riscos empresariais.	A principal diferença na ISO 31000 é a alteração de foco do evento para o efeito que o risco e a gestão de riscos tem sobre os objetivos de uma organização. A previsão de eventos constitui uma tarefa difícil e desafiadora. Por outro lado, os objetivos são normalmente articulados de forma mais clara e precisa. O que a ISO 31000 faz é colocar a ênfase diretamente sobre a gestão de riscos como disciplina estratégica, ajustada para a tomada de decisões sobre o risco, ao invés de uma função baseada em conformidade.

Fonte: Adaptado de (Hardy, 2015, p. 127)

Aqueles que compreendem a estrutura de controlo interno do COSO e implementaram, ou venham a implementar, o COSO ERM poderão questionar a pertinência da implementação, cumulativa, da norma ISO 31000:2009. Na verdade, as duas estruturas têm objetivos semelhantes, não conflituando entre si. Além disso, as duas estruturas poderão, eventualmente, vir a convergir num único modelo (Moeller, 2011).

A norma ISO 31000:2009 e a estrutura do COSO ERM apresentam-se, de algum modo, relacionadas (Simon & Charette, 2010):

- Em primeiro lugar, ambas são baseadas na ideia de que deva existir um processo comum de avaliação e gestão do risco. Este processo deve ser utilizado de forma consistente ao longo dos diferentes níveis da organização, desde a alta administração até ao nível operacional.
- Em segundo lugar, ambas reconhecem que os diferentes contextos e perspetivas devem ser considerados – uma única visão do risco (ou oportunidade) não se encaixa em todas as situações de forma igual.
- Em terceiro lugar, existe a ideia de que a implementação do modelo deva apoiar uma política na assunção dos riscos. Dito de outra forma, o modelo deve fornecer os meios que promovam a alteração do comportamento reativo para um comportamento pró-ativo em face de situações de mudança. A comunicação aberta do risco por toda a organização é essencial.

Em sentido contrário importa referir que a ISO 31000:2009 não fornece uma estrutura detalhada como aquela publicada pelo COSO ERM. Em vez disso, fornece as informações necessárias para que qualquer organização possa criar uma estrutura de ERM tendo por base o seu negócio e contexto específicos e as necessidades de informação dos seus decisores (Simon & Charette, 2010).

Decorrente da sua herança, a estrutura ERM do COSO apresenta um cariz determinantemente contabilístico-financeiro, sendo esperada a sua aplicação do topo para os níveis organizacionais inferiores. A ISO 31000:2009 apresenta uma natureza mais genérica e, como resultado suportará quer uma abordagem de aplicação de cima para baixo ou de baixo para cima. O fluxo de informação de risco a partir do fundo para o topo da organização é importante por uma razão: o nível de avaliação e gestão de risco de qualquer organização é tanto melhor quanto melhor for a qualidade de informação alimentada pelos níveis inferiores (Simon & Charette, 2010).

A vantagem da ISO 31000:2009 é, simultaneamente, também a sua fraqueza, uma vez que a sua estrutura genérica poderá implicar, por parte das organizações, uma adoção e implementação mais dispendiosa e lenta e exigir um esforço maior na definição da sua própria estrutura de ERM. Como resultado, tais organizações poderão encontrar na estrutura ERM do COSO uma melhor alternativa, embora esta seja mais prescritiva e restritiva (Simon & Charette, 2010).

O quadro 1.12 procede ao elenco, de forma sintetizada, das principais diferenças entre a ISO 31000:2009 e a estrutura ERM do COSO.

Quadro 1.12 – Principais diferenças entre a ISO 31000 e o COSO ERM

PALAVRA-CHAVE	ISO 31000	COSO ERM
Âmbito	A norma internacional fornece princípios e diretrizes genéricas sobre gestão de riscos. Poderá ser usada por qualquer entidade pública, privada ou comunitária, associação, grupo ou indivíduos. Por conseguinte, esta norma não é específica para qualquer atividade ou setor.	O COSO ERM apresenta uma definição de ERM propositadamente ampla, capturando os principais conceitos fundamentais para as empresas e outras organizações gerirem o risco e providenciando a base para a sua aplicação ao longo das organizações, indústrias e setores. Centra-se diretamente na realização dos objetivos estabelecidos por uma entidade e fornece a base para a definição de eficácia na gestão de riscos empresariais.
Definição de gestão de risco	Atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que respeita ao risco.	Um processo conduzido pela Administração, Gestão e outros colaboradores, aplicado no estabelecimento de uma estratégia transversal a toda a estrutura organizacional, desenhado para identificar potenciais eventos que possam afetar a entidade e manter o risco dentro dos níveis tolerados (apetite), de forma a providenciar uma segurança razoável no cumprimento dos objetivos organizacionais
Definição de risco	Efeito da incerteza sobre objetivos.	Possibilidade da ocorrência de um evento que afete negativamente o cumprimento de objetivos e impeça a criação de valor ou a destruição daquele existente.
Definição de apetite pelo risco	Quantidade e tipo de riscos que uma organização está disposta a prosseguir ou reter.	Quantidade ampla de riscos que uma entidade está disposta a aceitar na prossecução da sua missão ou visão.
Definição de avaliação de risco	Processo global de identificação, análise e avaliação do risco.	Os riscos são analisados em função da sua probabilidade e impacto, como base para determinar a forma como devem ser geridos. Os riscos são avaliados como sendo inerentes ou residuais.
Processo de gestão de riscos	De forma contínua e interativa: <ul style="list-style-type: none">• Comunicar e consultar;• Estabelecer o contexto;• Apreciar o risco:<ul style="list-style-type: none">○ Identificando-o;○ Analisando-o;○ Avaliando-o;• Tratar o Risco;• Monitorizar e rever.	<ul style="list-style-type: none">• Ambiente interno;• Definição de objetivos;• Identificação dos riscos;• Avaliação dos riscos;• Respostas aos riscos;• Atividades de controlo;• Informação e comunicação; e• Monitorização

Fonte: Adaptado de (Gjerdrum & Peter, 2011, p. 11)

De acordo com Purdy (2010) os pontos sobre os quais a norma ISO 31000:2009 poderia ser melhorada seriam os seguintes:

- A ambiguidade e confusão entre os conceitos de apetite e tolerância ao risco, devendo-se definir claramente os dois termos e a evidência da diferença entre eles;

- Responder às questões sobre até que ponto o tratamento do risco deve continuar depois de se atingir o critério de risco definido pela organização e a relação custo/benefício para o tratamento adicional de riscos com menor probabilidade de ocorrência;
- Embora a descrição do modelo de gestão de riscos, existente na cláusula 4 da norma, seja bastante sucinta, continuam a existir alguns elementos que poderiam ser simplificados, de modo que o modelo e a sua execução se tornassem, para organizações de menor dimensão, mais compreensíveis, mais simples e menos onerosos.

Embora exista espaço para melhoria, Purdy (2010) considera que a publicação da ISO 31000:2009 representa um marco muito significativo no entendimento e aproveitamento da incerteza e na harmonização de conceitos e políticas de gestão de risco, com vista a auxiliar a tomada de decisão.

Leitch (2010) faz uma crítica exaustiva à norma ISO 31000:2009, cujas fraquezas de maior relevo se transcrevem seguidamente:

- Falta de clareza, na medida em que a norma faz uso de terminologia e definições complexas, ambíguas e pouco compreensíveis.
- A definição de risco indica que este também inclua, potencialmente, “*surpresas agradáveis*”, no entanto toda a norma é escrita como se o risco apenas compreendesse, em potência, “*surpresas desagradáveis*”, sugerindo, unicamente, tratamentos para os riscos negativos.
- As suas orientações poderão traduzir-se em decisões ilógicas.
- A norma inclui alguns requisitos idealistas que, seguidos literalmente, são impossíveis de cumprir.
- A norma não é baseada em métodos matemáticos ou estatísticos, pronunciando-se muito vagamente sobre probabilidade, tratamento de dados e modelos.
- A norma refere, repetidamente, a importância de a gestão de risco fazer parte integrante do processo de gestão, a todos os níveis da organização, embora não forneça orientações específicas sobre a forma como se processa essa integração.

1.8 A Gestão de Riscos nas Organizações de Saúde

Um sistema de saúde consiste numa série de componentes individuais que fornecem um padrão uniforme de atendimento aos seus clientes ou utentes. Um dos principais componentes de um sistema de saúde é o hospital que, por sua vez, apresenta uma série de processos-chave que lhe permitem ser bem-sucedido (Duckert, 2011).

As organizações de saúde não são apenas empresas, no sentido clássico da palavra, para as quais, a garantia de recolha de capitais, fornecendo bens ou serviços, é o desiderato que lhes permite a manutenção da sua viabilidade financeira. Estas têm, também, muitas outras dimensões de risco que devem ser consideradas. Exemplos incluem a influência da regulamentação intensiva nas áreas de atendimento ao utente e estabilidade financeira, ou ainda, a obrigação de prestar assistência ao utente, independentemente da capacidade deste em pagar as despesas associadas (Duckert, 2011).

Segundo a *American Health Lawyers Association* (AHLA) as organizações de saúde enfrentam riscos em todas as suas facetas, sendo fundamental que estas identifiquem e tratem o risco potencial, e que desenvolvam um plano que seja transversal a toda a organização (AHLA, 2009).

As organizações de saúde constituem, por si só, fontes geradoras de riscos, atendendo, sobretudo, à sua estrutura extraordinariamente complexa, mas também, à escassez de recursos (distribuídos, obrigatoriamente, sob uma lógica de equidade entre as diversas funções do Estado) para fazer face à prossecução do interesse público.

Acresce, ainda, que o setor da saúde sofreu, no passado recente, inúmeras alterações, como sejam (AHLA, 2009):

1. Mudanças na demografia:
 - Diversidade de utentes, funcionários e médicos;
 - Envelhecimento da população;
2. O aumento do escrutínio e da supervisão financeira;
3. Alteração das linhas de autoridade;
4. Aumento e diversificação dos requisitos regulamentares e normativos;
5. Competição local, regional e nacional;
6. Os avanços na medicina;
7. O uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) como fonte de conhecimento em saúde;

8. Movimento para um ambiente sem papel e a promoção dos registos clínicos eletrónicos;
9. Necessidade contínua de acesso aos dados e resultados;
10. Expectativas reforçadas por uma grande variedade de interessados, incluindo:
 - Pacientes;
 - Famílias;
 - O pessoal médico;
 - Conselho de Administração;
 - Liderança executiva;
 - Cuidadores profissionais;
 - Comunidade.
11. Ênfase no cuidado centrado no utente e transparência;
12. Promoção de programas de divulgação de informações e reclamações;

Tradicionalmente, o risco nas organizações de saúde tem estado intimamente ligado ao risco clínico ou à segurança do doente. Porém, a crescente preocupação do Estado em garantir maior rigor e transparência da gestão destas organizações, sobretudo naquelas integradas no Setor Empresarial do Estado (SEE), determina um alargamento do âmbito da gestão de riscos, passando a contemplar inúmeros aspetos do ponto de vista legal, regulamentar, operacional, económico e financeiro, alavancando, no fundo, as boas práticas de governação destas organizações.

Aliás, em sustentação da afirmação anterior, é estatuído no n.º 1, do artigo 19º, dos estatutos contantes dos Anexos II³ e III⁴ e no n.º 1, do artigo 16º, dos estatutos contantes do Anexo IV⁵ ao Decretos-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, que “*Ao serviço de auditoria interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.*”

³ Estatutos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Institutos Portugueses de Oncologia, E. P. E.

⁴ Estatutos das Unidades Locais de Saúde, E. P. E.

⁵ Estatutos dos Hospitais do Setor Público Administrativo

1.8.1 O Processo de Implementação da ERM nas Organizações de Saúde

O estabelecimento de um programa de ERM não é uma tarefa simples, particularmente no atual e complexo setor da saúde (Carroll, 2009).

Uma das primeiras tarefas que deve ser levada a cabo aquando do estabelecimento de um programa de ERM consiste na criação do modelo que permitirá explorar e implementar tal programa na organização. Esse processo geralmente começa com o desenvolvimento de uma metodologia para identificar e priorizar os vários riscos que podem potencialmente afetar a organização (AHLA, 2009).

De modo a enquadrar um possível elenco de categorias de riscos para a área da saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2007a, p. 3) refere os principais eventos que podem comprometer a realização dos objetivos estabelecidos para as organizações de saúde, nomeadamente a prestação de cuidados de saúde, bem como a eficácia e eficiência das operações, a fiabilidade da informação e a conformidade com legislação aplicável (quadro 1.13).

Quadro 1.13 – Fatores potenciadores do risco na perspetiva da ACSS

FATORES INTERNOS	FATORES EXTERNOS
<ul style="list-style-type: none">• Inadequação do modelo de governação;• Inadequação dos processos de negócio;• Inadequação do quadro de pessoal (qualificação necessária e em número suficiente);• Inadequação das instalações e equipamentos;• Inadequação tecnológica;• Incumprimento de regulamentação e legislação aplicável;• Incumprimento de normativos internos.	<ul style="list-style-type: none">• Insuficiente desenvolvimento tecnológico;• Alterações no plano social e comportamental;• Alterações no plano político e económico;• Nova legislação e regulamentação;• Desenvolvimentos clínicos;• Novos modelos organizacionais (p. ex. criação de Centros Hospitalares);• Cataclismos e catástrofes naturais.

Fonte: Adaptado do Guia de Controlo da ACSS (2007)

Embora possa ser realizada uma revisão da literatura relevante, no sentido de encontrar uma lista padronizada de riscos que afetem as organizações de saúde ou recorrer a consultores externos para desenvolver essa lista, é preferível que tal tarefa seja realizada internamente. O desenvolvimento interno de uma lista específica de riscos críticos não só permite que sejam identificados os riscos exclusivos de uma determinada organização, como também permite que o grupo de trabalho responsável observe as relações entre os vários riscos identificados, tecendo as bases para uma visão holística dos riscos no seio da organização (AHLA, 2009).

A melhor forma de desenvolver uma lista de riscos enfrentados por uma organização é questionar as pessoas que melhor a conhecem. Nesse sentido, a abordagem preferencial na sua identificação passa pela condução de entrevistas pelo grupo de trabalho aos responsáveis pela gestão intermédia e gestão de topo, no sentido de determinar os riscos nas respetivas áreas, assim como as potenciais medidas de mitigação para esses riscos (AHLA, 2009).

O grupo de trabalho deve enfatizar que os riscos a serem considerados não se devem limitar a aspetos tradicionalmente tratados pelo departamento de gestão de riscos da organização, como sejam as reclamações de utentes direcionadas aos profissionais médicos ou às instalações, ou outros aspetos exclusivamente relacionados com o risco clínico (embora tais riscos não devam ser excluídos), devendo incluir quaisquer riscos que potencialmente possam prejudicar gravemente a capacidade da organização cumprir os seus objetivos (AHLA, 2009).

Um dos maiores desafios na implementação de um programa ERM é garantir que o processo não fique pela identificação e avaliação dos riscos. As organizações em geral, nas quais se incluem as de saúde, parecem sofrer de uma tendência natural de considerar o levantamento dos riscos, a sua análise e futura priorização como um fim em si mesmas, quando, de facto, essas atividades constituem apenas o início do processo (AHLA, 2009).

Uma vez que a lista de riscos a serem geridos tenha sido determinada, deverá ser designado um proprietário para cada um desses riscos (normalmente o responsável pela gestão da respetiva área), a quem cabe a responsabilidade de identificar as principais causas de uma potencial materialização do risco e desenvolver estratégias para a sua prevenção e mitigação (AHLA, 2009).

O grupo de trabalho deverá monitorizar os progressos reportados por cada um dos responsáveis pelo acompanhamento dos diversos riscos identificados, providenciando, se necessário, apoio e orientação, e garantindo, dessa forma, que o programa de ERM se mantém alinhado com os objetivos previamente traçados e que estão a ser desenvolvidas ou melhoradas estratégias para lidar adequadamente com os riscos identificados (AHLA, 2009).

2 A AUDITORIA INTERNA E A GESTÃO DE RISCOS

2.1 O Velho e o Novo Paradigma da Auditoria Interna

Na opinião de Costa (2010, p. 92) “*O conceito de auditoria interna tem vindo a evoluir ao longo dos anos. De facto, cometia-se à auditoria interna, sobretudo, as funções de salvaguarda dos ativos das empresas, a verificação do cumprimento dos procedimentos estabelecidos pelo órgão de gestão e a constatação acerca da credibilidade da informação financeira. Dava-se também uma ênfase bastante grande à deteção de fraudes. Por aqui se pode ver que o trabalho efetuado pelos auditores internos era bastante limitado, cingindo-se fundamentalmente à área contabilístico-financeira. Por outro lado, muitas vezes o trabalho dos auditores internos era visto como uma extensão do trabalho dos auditores externos sobretudo no sentido de proporcionar a estes diversos tipos de análises, conferências e verificações, de forma a que os respetivos honorários finais pudessem sofrer uma redução.*”

De acordo com o mesmo autor, em 1978 viria a ser dado um “*passo importante para a consolidação da auditoria interna [...], com a aprovação dos Standards for the professional practice of internal auditing*⁶ *em cuja introdução se define auditoria interna como «uma função de avaliação independente, estabelecida dentro de uma organização, como um serviço para a mesma, para examinar e avaliar as suas atividades. O objetivo da auditoria interna é o de auxiliar os membros da organização no desempenho eficaz das suas responsabilidades. Com esta finalidade, a auditoria interna fornece-lhes análises, apreciações, recomendações, conselhos e informações respeitantes às atividades analisadas».*”

Em 1999, foi aprovada pelo *Institute of Internal Auditors* (IIA) uma nova definição de auditoria interna, visando refletir as mudanças ocorridas na profissão e alargar o âmbito da atividade, introduzindo a noção do risco como um dos respetivos focos, a saber: “*A auditoria interna é uma atividade independente, de avaliação objetiva e de consultoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações das organizações. Ajuda uma organização a atingir os seus objetivos facultando-lhe uma abordagem sistemática e disciplinada para avaliar e melhorar a eficácia dos processos de gestão dos riscos, controlo e governação.*”

⁶ Normas Internacionais para a Prática Profissional da Auditoria Interna

O quadro 2.1 apresenta uma comparação dos elementos chave da anterior e atual definição de auditoria interna.

Quadro 2.1 – Comparação dos conceitos “chave” entre definições

DEFINIÇÃO ANTERIOR	DEFINIÇÃO ATUAL
[...] <i>função [...] independente, estabelecida dentro de uma organização [...]</i>	[...] <i>atividade independente [...]</i>
[...] <i>função [...] de avaliação [...]</i>	[...] <i>atividade [...] de avaliação objetiva e de consultoria [...]</i>
[...] <i>examinar e avaliar as atividades da organização, como um serviço para a mesma [...]</i>	[...] <i>destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações das organizações [...]</i>
[...] <i>auxiliar os membros da organização no desempenho eficaz das suas responsabilidades</i>	<i>Ajuda uma organização a atingir os seus objetivos [...]</i>
[...] <i>fornece-lhes análises, apreciações, recomendações, conselhos e informações respeitantes às atividades analisadas</i>	[...] <i>abordagem sistemática e disciplinada para avaliar e melhorar a eficácia dos processos de gestão dos riscos, controlo e governação</i>

Fonte: Elaboração própria

Talvez um dos aspetos mais importantes a reter na comparação entre as duas definições seja a alteração ocorrida na missão da auditoria interna, que deixou de estar orientada para auxiliar os membros da organização no desempenho eficaz das suas responsabilidades individuais, passando a estar direcionada para acrescentar valor⁷ e, com uma postura pró-ativa, melhorar a eficácia e eficiência das operações da organização como um todo.

Almeida (2006, p. 3) entende que “o valor em auditoria interna traduz-se na melhoria do ambiente do controlo interno e dos riscos das organizações. De forma simplificada, significa desenvolver uma atividade nos processos e unidades de maior risco das organizações, que consiga reduzir esse risco para níveis aceitáveis. Ou seja, partindo de um risco inerente significativo, chegar a um risco residual tolerável.”

O mesmo autor (2006, p. 4) defende que o valor da auditoria interna depende de:

- *Um planeamento baseado nos principais riscos da organização;*
- *Uma execução e um reporte, com foco nos riscos de maior impacto e frequência;*
- *Recomendações e planos de ação efetivos e consequentes, que conduzam os riscos para níveis aceitáveis e toleráveis;*

⁷ Conforme referido nas Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna, emitidas pelo IIA em 2008 e revistas em 2012, “a atividade de auditoria interna agrega valor à organização (e seus stakeholders) quando proporciona avaliação objetiva e relevante, e contribui para a eficácia e eficiência dos processos de governação, gestão de riscos e processos de controlo” (IIA, 2012, p. 19).

- *Boa liderança e uma boa equipa, com sólido conhecimento do negócio, formação contínua e certificações internacionais;*
- *Uma eficiente utilização dos recursos disponíveis;*
- *Capacidade de influência e de relacionamento e comunicação eficaz.*

De acordo com Pinheiro (2011, p. 12) “*Cada vez mais, a importância da auditoria interna passa por antecipar soluções e não meramente constatar erros ou deficiências de controlo, mas por identificar as melhores práticas e ajudar a que possam ser implementadas na empresa, numa lógica de responsabilidade partilhada.*”

A evolução da definição da função auditoria interna reflete uma mudança do seu tradicional paradigma de controlo interno para um paradigma baseado em risco. As implicações para a profissão desta mudança são muitas e profundas, mormente no que concerne à perspetiva temporal das auditorias, que se altera do passado para o futuro, e o desvio da ênfase dos aspetos contabilísticos e financeiros para as operações (Crumbly, Rezaee, & Ziegenfuss, 2004).

Para Lorenzo (2001, apud (Castanheira & Rodrigues, 2006b, p. 12)) “*provavelmente, a grande diferença entre os anteriores enfoques e o atual enfoque de auditoria interna baseada no risco reside na análise estratégica e na avaliação dos processos de negócio como passo prévio ao trabalho que atualmente se leva a cabo nos departamentos de auditoria.*”

Castanheira & Rodrigues (2006b, pp. 11-15) partilham da opinião que “*a atual orientação da auditoria interna aponta para uma abordagem baseada nos principais riscos do negócio, pelo que o planeamento de auditoria deverá estar alinhado com a estratégia da organização e o plano de negócio, [acrescentando que] desta forma, os planos de auditoria interna deixam de ser elementos isolados [...], ao partilharem objetivos comuns, [e que] o processo de auditoria interna fica mais intimamente associado com as metas e objetivos da organização.*”

Sousa (2007, p. 4), na mesma linha de pensamento, entende que “*a auditoria interna deverá deixar de estar virada essencialmente para garantir a correta escrituração do passado [...] para estar mais comprometida com o negócio na consecução dos objetivos e metas da organização, podendo assim ser vista como um consultor interno especializado no apoio à deteção, minimização e gestão dos principais riscos que se podem colocar [...]*”, e por conseguinte, acrescentar valor à organização.

O quadro 2.2 mostra a evolução do velho para o novo paradigma da auditoria interna

Quadro 2.2 – Evolução do paradigma da auditoria interna

CARACTERÍSTICAS	VELHO PARADIGMA	NOVO PARADIGMA
Enfoque da Auditoria Interna	Controlo Interno	Risco de Negócio
Resposta da Auditoria Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Reativa • Após os factos • Descontínua • Observadora das iniciativas de planeamento estratégico 	<ul style="list-style-type: none"> • Pró-ativa • Em tempo real • Contínua • Participante no planeamento estratégico
Avaliação do Risco	Fatores de risco	Planeamento de cenários
Testes de Auditoria Interna	Controlos importantes	Riscos importantes
Métodos da Auditoria Interna	Ênfase em testes de controlo detalhados e completos	Ênfase na importância e abrangência dos riscos de negócio cobertos
Recomendações da Auditoria Interna	Controlo Interno: <ul style="list-style-type: none"> • Reforço • Custo/Benefício • Eficiência/Eficácia 	Gestão de Risco: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar/Diversificar o risco • Partilhar/Transferir o risco • Controlar/Aceitar o risco
Relatórios da Auditoria Interna	Dirigidos aos controlos funcionais	Dirigidos aos riscos dos processos
Papel da Auditoria Interna	Função de avaliação independente	Integra a gestão de risco e a governação

Fonte: Adaptado de Mc Namee & Selim (1998, apud (Crumbly, Rezaee, & Ziegenfuss, 2004, p. 542))

2.2 O Papel da Auditoria Interna na Gestão de Riscos

De acordo com um estudo publicado pela KPMG & APQ (2013, p. 20) “a *clarificação dos papéis e responsabilidades de cada função envolvida no processo de gestão do risco, é essencial para assegurar que este seja efetivo. A gestão do risco deve ser assegurada a três níveis, constituindo as unidades de negócio/suporte a 1ª linha de defesa na gestão do risco. Estas áreas devem ser as primeiras responsáveis pela avaliação dos riscos e pela implementação de ações corretivas, com vista a colmatar eventuais deficiências nos processos e controlos. Por outro lado, a criação de áreas específicas de gestão do risco, tipicamente consideradas como 2ª linha de defesa, têm por missão facilitar o desenvolvimento do framework de gestão do risco e monitorizar se os processos estão a ser devidamente operacionalizados pela 1ª linha de defesa. A 3ª linha de defesa na gestão do risco é assegurada pela função de Auditoria Interna, tendo por objetivo avaliar a efetividade do modelo de governo, do framework de gestão do risco e dos controlos internos implementados, sendo independente da 1ª e 2ª linhas de defesa.*”

O papel que a auditoria interna deverá desempenhar na concretização dos objetivos do negócio é representado pela figura 2.1.

Figura 2.1 – Concretização dos objetivos do negócio



Fonte: Moro (1999, p. 81, apud (Castanheira & Rodrigues, 2006b, p. 12))

A norma da FERMA (2003, pp. 13-14) refere, no que concerne ao papel da auditoria interna na gestão de riscos, que “Ao determinar a sua função mais adequada no contexto de uma determinada organização, a auditoria interna deve garantir que os requisitos profissionais de independência e objetividade não são postos em causa.”

Salvaguardada aquela garantia, “a função da auditoria interna poderá incluir alguns ou todos os seguintes pontos:

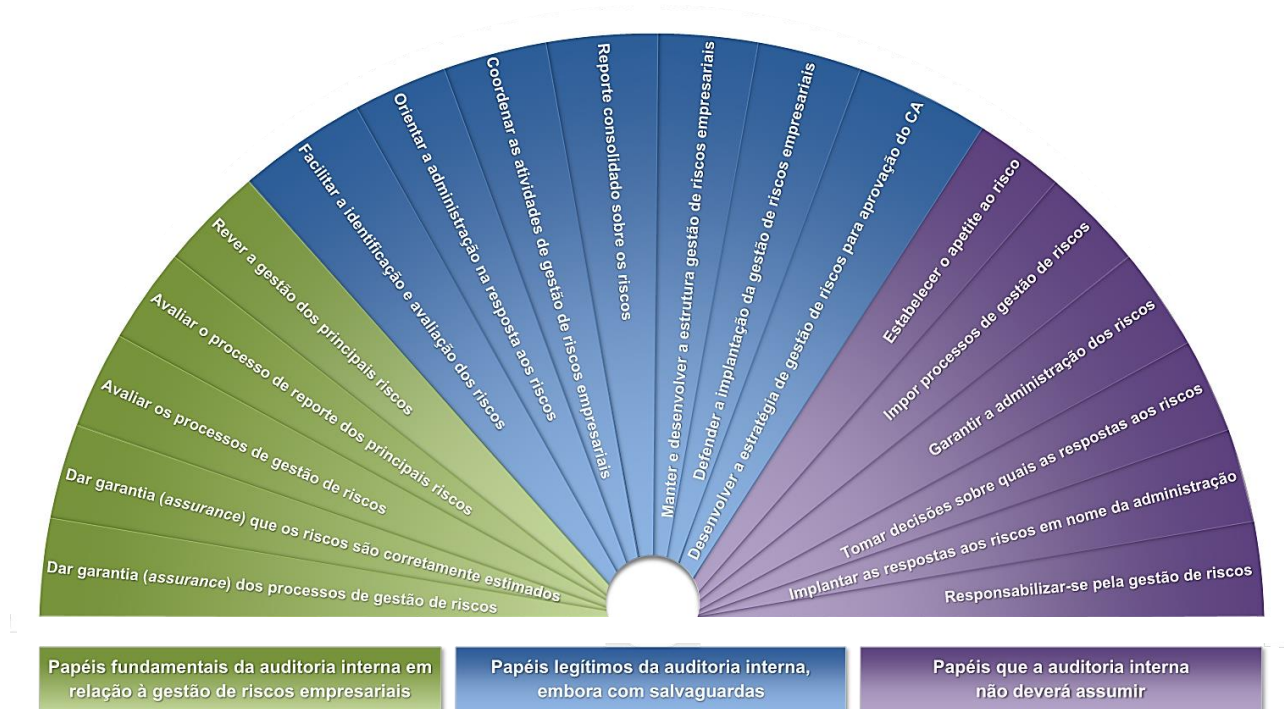
- focar o trabalho nos riscos significativos que foram identificados pela gestão da organização e fazer auditorias aos processos de gestão de riscos;
- fornecer garantias sobre a gestão de riscos;
- proporcionar um apoio e um envolvimento ativos ao processo de gestão de riscos;

- possibilitar a identificação/avaliação de riscos e dar formação aos funcionários sobre gestão de riscos e controlo interno;
- coordenar a comunicação de riscos ao Conselho de Administração, ao comité de auditoria, etc.”

Em 2003, foi desenvolvido, pela filial do IIA no Reino Unido e Irlanda, um documento que apresenta a posição daquele Instituto no “*Papel da Auditoria Interna na gestão dos riscos de negócio*”, considerando que o principal papel é o de fornecer uma avaliação objetiva à Administração acerca da eficácia da gestão de risco, contribuindo para assegurar que os principais riscos do negócio estão a ser geridos de forma apropriada e que os sistemas de controlo interno estão a funcionar eficazmente, acrescentando, dessa forma valor à organização (IIA, 2009).

Como parte integrante daquele documento, cuja adoção é “*altamente recomendável*” enquanto orientação do IIA, encontra-se publicado um gráfico (figura 2.2), em forma de leque, contendo 18 elementos, nos quais se incluem os “*papéis fundamentais*” da auditoria interna na gestão dos riscos de negócio, assim como os papéis “*legítimos*” e os papéis que a Auditoria Interna não deverá assumir, exceto sob circunstâncias extraordinárias (IIA & RIMS, 2012).

Figura 2.2 – O papel da auditoria interna na gestão de riscos



Fonte: Adaptado de (IIA, 2009, p. 4)

As atividades à esquerda da figura constituem atividades de avaliação (*assurance*) da adequacidade dos processos de gestão de risco na organização. O documento refere que a atividade de auditoria interna pode, e deve, em conformidade com as Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna, desempenhar pelo menos algumas destas atividades.

A auditoria interna pode, ainda, prestar serviços de consultoria (parte central da figura) que visem a melhoria dos processos de governação, gestão de riscos e controlos de uma organização. Porém, a extensão da consultoria a realizar pela auditoria interna irá depender dos outros recursos, internos e externos, disponíveis à gestão de topo e da maturidade da gestão de riscos da organização, sendo provável variar ao longo do tempo.

A título de exemplo, os papéis de consultoria que podem ser assumidos são:

- Informar a gestão de topo sobre as ferramentas e técnicas utilizadas pela auditoria interna na avaliação dos riscos e controlos;
- Defender a implementação da gestão de riscos na organização, alavancando a sua especialização ao nível dos riscos e controlos e o seu conhecimento global da organização;
- Fornecer aconselhamento, facilitar a existência de grupos de discussão (*workshops*), providenciar formação sobre riscos e controlos e promover o desenvolvimento de uma linguagem, estrutura e entendimento comuns;
- Atuar como um ponto central de coordenação, monitorização e reporte de riscos; e
- Apoiar a gestão na identificação da melhor forma de mitigar o risco.

À medida que a maturidade da gestão de riscos evolua e se torne mais presente nas operações de negócio, ou caso exista uma função independente de gestão de riscos na organização, o papel da auditoria interna tende a reduzir, proporcionando, provavelmente, mais valor se concentrar as suas atividades no seu papel de avaliação, do que ao assumir atividades de consultoria.

De forma geral quanto mais à direita da parte central da figura, maiores são as salvaguardas requeridas para assegurar que a independência e objetividade da auditoria interna sejam mantidas. Por conseguinte, as salvaguardas a considerar na determinação do papel da auditoria interna são:

- A existência de riscos que possam comprometer a independência e objetividade da atividade da auditoria interna;

- Se as atividades da auditoria interna promovem o aperfeiçoamento dos processos de gestão de riscos, controlo e governação da organização;
- A definição clara do papel da gestão e administração como responsável pela gestão de riscos;
- A formalização da natureza das responsabilidades da auditoria interna, documentada nos respetivos estatutos e aprovada pelo comité de auditoria;
- Garantir que não sejam geridos riscos em nome da gestão de topo, nem sejam tomadas decisões sobre a gestão de riscos;
- A avaliação de qualquer parte da estrutura de gestão de riscos pela qual a auditoria interna seja responsável, deverá ser levada a cabo por outras funções qualificadas, sob pena de não poder ser prestada uma avaliação objetiva (*objective assurance*);
- Seguir as normas de implementação para todas as atividades que forem além da avaliação.

2.2.1 O Caso Específico nas Organizações de Saúde

No caso específico do setor da saúde, a ACSS (2007c, p. 10) refere que:

“A auditoria interna deverá:

- *Auxiliar o Conselho de Administração no exame, avaliação, informação e recomendação de melhorias sobre a adequação e eficácia dos processos de gestão de risco, nomeadamente, na identificação e avaliação de eventos e apoio na definição de metodologias de implementação de gestão de risco e controlo.*
- *Executar ações de auditoria, no sentido de validar os controlos implementados na mitigação dos riscos/eventos identificados e geridos no processo de gestão de riscos.* “

Acrescentando que:

- *“A avaliação dos riscos e exposições que possam afetar os processos a serem auditados deverão influenciar a estratégia de auditoria.*
- *O auditor interno deverá estabelecer programas de trabalho para verificar se as atividades de controlo instituídas são adequadas para gerir ou minimizar o efeito dos riscos.*
- *O Responsável pela Auditoria Interna deverá comunicar ao Conselho de Administração os resultados da avaliação do processo de gestão de riscos*

efetuada, de forma a transmitir o grau de exposição existente e eventual impacto na consecução dos objetivos da organização.”

No que concerne ao Plano Anual de Auditoria, a ACSS (2007c, pp. 20-22) refere que tal documento deverá ser “*consistente com os objetivos da organização e fundamentado em avaliação de risco, para determinar prioridades da função auditoria interna, [...] de modo a incidir em áreas onde haja maior exposição aos riscos que possam afetar a organização.*”

A ACSS (2007d, p. 3) publicou, ainda, um guia para implementação de uma metodologia de gestão de riscos para as entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), exclusivamente apoiado nas orientações técnicas vertidas na *framework* ERM da autoria do COSO, cujos objetivos são:

- a) estabelecer e divulgar de forma sistemática, simples e coerente as melhores práticas de gestão de risco;*
- b) permitir aos Conselhos de Administração de Entidades do SNS implementar um sistema de gestão de risco que facilite a concretização dos objetivos definidos para a entidade e pelo qual se:*
 - identificam os objetivos que se pretendem atingir;*
 - identificam os eventos que poderão comprometer a concretização dos objetivos;*
 - avaliam os eventos em termos de probabilidade de ocorrência e impacto;*
 - estabelecem as formas como os riscos deverão ser geridos (respostas ao risco);*
 - definem as políticas e procedimentos que deverão ser instituídos de forma a gerir os riscos ou mitigar o seu efeito.*

2.2.2 Normas Internacionais para a Prática Profissional de Auditoria Interna

O IIA mantém um conjunto de normas periodicamente atualizadas, designadas de Normas Internacionais para a Prática Profissional da Auditoria Interna para as quais, todos os auditores internos, membros do IIA, estão mandatados.

De acordo com a informação vertida no respetivo capítulo introdutório (IIA, 2012, p. 1),

“os propósitos das Normas são:

- 1. Delinear os princípios básicos que representam a prática de auditoria interna.*

2. *Fornecer uma estrutura para a execução e promoção de um amplo espectro de auditoria interna de valor agregado.*
3. *Estabelecer as bases para a avaliação de desempenho da auditoria interna.*
4. *Promover a melhoria dos processos e operações organizacionais.”*

“As Normas são focadas em princípios, requerimentos mandatórios consistidos de:

- *Declarações dos requerimentos básicos para a prática profissional de auditoria interna e para a avaliação da eficácia do desempenho, as quais são internacionalmente aplicáveis às organizações e aos indivíduos.*
- *Interpretações, as quais esclarecem termos ou conceitos contidos nas Declarações.”*

“A estrutura das Normas inclui as Normas de Atributos e as Normas de Desempenho. As Normas de Atributos estão relacionadas com as características das organizações e das entidades que desempenham atividades de auditoria interna. As Normas de Desempenho descrevem a natureza das atividades de auditoria interna e proporcionam critérios de qualidade que permitem medir o desempenho de tais serviços. As Normas de Atributos e de Desempenho aplicam-se a todos os serviços de auditoria interna.”

“As Normas de Implementação desenvolvem-se em torno das Normas de Atributos e de Desempenho, proporcionando os requisitos aplicáveis a atividades de garantia (A) ou de consultoria (C).”

Embora abarquem um amplo espectro de atividades de auditoria interna, as normas contêm múltiplas referências à responsabilidade do auditor interno ao considerar o risco aquando da planificação e da realização de auditorias internas, a saber:

2010 – Planeamento

O responsável pela auditoria tem que estabelecer planos, baseados no risco, para determinar as prioridades da atividade de auditoria interna consistentes com os objetivos da organização.

Interpretação:

CAE é responsável pelo desenvolvimento de um plano de auditoria baseado no risco. O responsável pela auditoria toma em consideração o enquadramento da gestão do risco da organização, incluindo os níveis de apetite do risco definidos

pela gestão para as diversas atividades ou partes da organização. Caso não exista tal enquadramento, o responsável pela auditoria utiliza o seu julgamento de riscos após consultar os gestores superiores e o Conselho.

2010.A1

O plano de trabalhos da atividade de auditoria interna tem que ser fundamentado numa avaliação do risco documentada, realizada pelo menos uma vez ao ano. Este processo tem que ter em consideração os comentários dos gestores superiores e do Conselho.

2010.C1

O responsável pela auditoria deve ponderar a aceitação de compromissos de consultoria com fundamento no potencial da melhoria da gestão de risco, valor acrescentado e melhoria das operações da organização. Os compromissos aceites têm que ser incluídos no plano.

2060 – Reporte aos Gestores Superiores e ao Conselho

O responsável pela auditoria deve ponderar a aceitação de compromissos de consultoria com fundamento no potencial da melhoria da gestão de risco, valor acrescentado e melhoria das operações da organização. Os compromissos aceites têm que ser incluídos no plano.

2100 – Natureza do Trabalho

A atividade de auditoria interna tem que avaliar e contribuir para a melhoria dos processos de governação, de gestão do risco e de controlo, utilizando uma abordagem sistemática e disciplinada.

2120 – Gestão de riscos

A atividade de auditoria interna tem que avaliar a eficácia e contribuir para a melhoria da gestão do risco.

Interpretação:

Determinar se os processos de gestão dos riscos são eficazes é um julgamento que resulta da avaliação feita pelo auditor interno, de que:

- *Os objetivos da organização sustentam e estão alinhados com a missão da organização;*

- *Os riscos significativos são identificados e avaliados;*
- *São selecionadas as respostas adequadas que alinham os riscos com o apetite de risco da organização;*
- *A informação relevante sobre o risco, é identificada e comunicada em tempo oportuno transversalmente pela organização, permitindo que o staff, os gestores e o Conselho cumpram com as suas responsabilidades.*

Os processos de gestão do risco são monitorizados através das atividades correntes da gestão, avaliados em separado, ou ambos.

2120.A1

A atividade de auditoria interna tem que avaliar as exposições ao risco relativas à governação da organização e sistemas de informação que respeitem à:

- *Fiabilidade e integridade da informação financeira e operacional;*
- *Eficácia e eficiência das operações;*
- *Salvaguarda dos ativos;*
- *Conformidade com as leis, regulamentos e contratos.*

2120.A2

A atividade de auditoria interna tem que avaliar a possibilidade da ocorrência de fraude e a forma como a organização gere o risco de fraude.

2120.C1

No decorrer dos compromissos de consultoria, os auditores internos têm que considerar os riscos consistentes com os objetivos do trabalho e estar alerta para outros riscos relevantes.

2120.C2

Os auditores internos têm que incorporar o conhecimento do risco adquirido em compromissos de consultoria, na sua avaliação dos processos de gestão do risco da organização.

2120.C3

Ao auxiliar a gestão no estabelecimento ou no aperfeiçoamento dos processos de gestão do risco, os auditores internos deverão evitar assumir quaisquer responsabilidades de gestão efetiva dos riscos.

3 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PPRG NA ULSNA, EPE

3.1 Caracterização da ULSNA, EPE

A ULSNA, EPE, criada a 1 de março de 2007 pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de Fevereiro, constitui uma unidade integrada na rede de prestação pública de cuidados assistenciais de saúde, primários e diferenciados, à população do distrito de Portalegre, incorporando os serviços prestados, até àquela data, pelos Hospitais Doutor José Maria Grande de Portalegre e Santa Luzia de Elvas e pelos Centros de Saúde do distrito, organizados em Unidades Funcionais – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiares e Unidades de Cuidados na Comunidade.

Os dois Hospitais apresentam realidades diferentes na tipologia de oferta de cuidados de saúde, sendo o Hospital Doutor José Maria Grande uma unidade de referência distrital, com especialidades médicas básicas, intermédias e diferenciadas, urgência médico-cirúrgica, hospital de dia, emergência intensiva e ambulatório programado. O Hospital de Santa Luzia possui especialidades médicas, cirúrgicas, medicina interna, ortopedia e uma urgência básica. É um Hospital vocacionado para o ambulatório de alta resolução complementando nesta área o Hospital de Portalegre.

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, a oferta da ULSNA, EPE, enquadra-se, essencialmente, na valência de medicina geral e familiar, com competências específicas em medicina preventiva e de promoção da saúde, entre outros meios terapêuticos como a saúde reabilitacional.

Com sede na Avenida de Santo António, em Portalegre, a ULSNA, EPE, rege-se pelo regime jurídico aplicável às Entidades Públicas Empresariais, com as especificidades previstas nos estatutos anexos ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, bem como pelos regulamentos internos e pelas demais normas em vigor para o SNS que não contrariem as normas previstas no citado diploma.

Constitui-se, ainda, como pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial nos termos do regime jurídico do setor público empresarial e da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

No que respeita à sua atividade, a ULSNA, EPE é uma instituição que integra o Serviço Nacional de Saúde, financiando a sua atividade em grande parte com utentes deste sistema. Por conseguinte, a sua estrutura de proveitos advém essencialmente do seu valor

capitacional, pela responsabilidade em prestar cuidados a cerca de 118.000 habitantes residentes, a que se soma a franja populacional flutuante dos concelhos limítrofes do distrito de Évora, atraídos essencialmente pela oferta do Hospital de Elvas.

Em termos de receita própria, a margem de alavancagem desta Unidade Local de Saúde é muito reduzida, na medida em que esta se encontra numa área populacional muito envelhecida, com uma pirâmide etária invertida, e concentrando os utentes no grupo de utilizadores com isenção do pagamento da taxa moderadora.

Na sua estrutura de custos, a maior percentagem cabe aos recursos humanos, representando cerca de metade do total dos custos. No final do ano 2016, a ULSNA, EPE, totalizava cerca de 1.580 trabalhadores, distribuídos pelas diversas carreiras e pelas várias unidades orgânicas.

Da consulta ao Relatório e Contas concernente ao exercício de 2015, é possível constatar que quase metade dos trabalhadores da ULSNA, EPE, cerca de 44%, apresentava uma faixa etária, entre os 45 e os 59 anos. A ênfase, no entanto, recaía sobre o grupo profissional médico, no qual 122 dos 151 trabalhadores (excluindo internos) detinham idade superior a 45 anos, sendo que daqueles 122 trabalhadores, 95 apresentavam idade igual ou superior a 55 anos.

A elevada faixa etária dos trabalhadores da ULSNA, EPE, tem, consequentemente, um efeito progressivo no absentismo, tendo no ano de 2015 sido verificado, para todos os grupos profissionais, um acréscimo de 1.71% quando comparado com o ano anterior.

3.1.1 Objeto e Área de Influência

A ULSNA, EPE, tem por objeto principal a prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que com ela contratualizem a prestação de cuidados de saúde. A ULSNA, EPE, tem, ainda, por objeto:

- a) Assegurar as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida;
- b) Desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva

capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento;

- c) Prestar serviços a cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

A sua área de influência (Figura 3.1) corresponde ao distrito de Portalegre, situado no Norte Alentejo, e abrange todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr (no qual se inclui a vila de Montargil), Portalegre e Sousel.

Figura 3.1 – Área de Influência da ULSNA, EPE



Fonte: Elaboração própria

3.1.2 Missão, Visão, Valores e Objetivos

A missão da ULSNA, EPE, consiste em promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.

A respetiva visão consiste no enalço de uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas.

A ULSNA, EPE, rege-se pelos seguintes valores:

- a) Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- b) Excelência técnica;
- c) Acessibilidade e equidade dos cuidados;
- d) Promoção da qualidade;
- e) Ética, integridade e transparência;
- f) Motivação e atuação pró-ativa;
- g) Melhoria contínua;
- h) Trabalho de equipa;
- i) Respeito pelas normas ambientais.

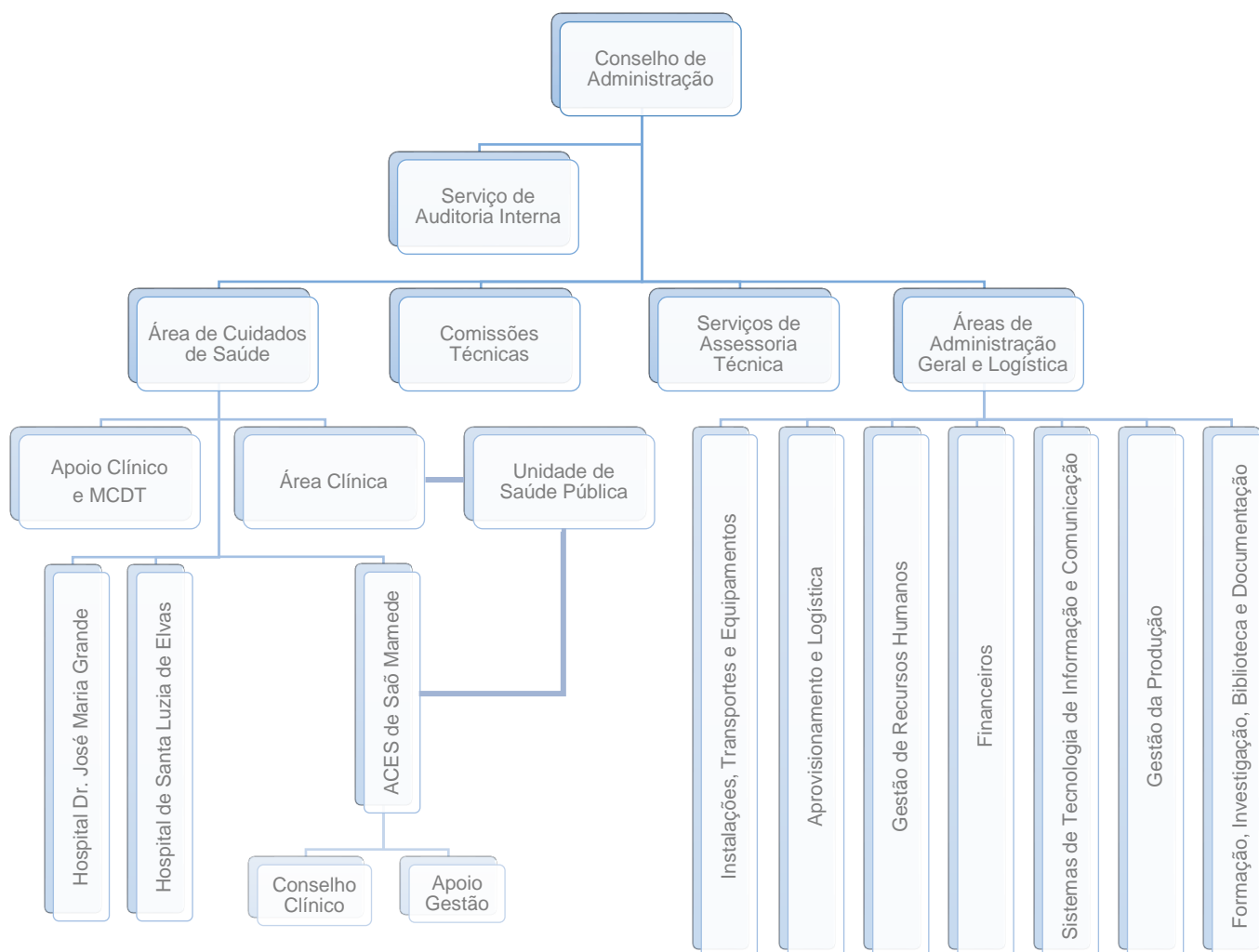
Constituem objetivos da ULSNA, EPE, os seguintes:

- a) Contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na população;
- b) Promover a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento da doença e a reabilitação, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de atividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade;
- c) Atingir a plena integração sistémica, estrutural vertical, funcional clínica, informação e financeira e normativa da organização;
- d) Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes;
- e) Melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços;
- f) Melhorar a eficiência técnica e económica;
- g) Melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços;
- h) Valorizar o capital humano, assegurando a formação contínua aos seus profissionais.

3.1.3 Estrutura Orgânica

Seguidamente (Figura 3.2) reproduz-se a estrutura orgânica da ULSNA, EPE, adaptada do respetivo sítio oficial da internet.

Figura 3.2 – Estrutura orgânica da ULSNA, EPE



Fonte: Adaptado de <http://www.ulsna.min-saude.pt/institucional/organograma/>

3.2 Processo de Implementação do PPRG

3.2.1 Enquadramento

O CPC, “*entidade administrativa independente, a funcionar junto do Tribunal de Contas, que desenvolve*”, nos termos da Lei n.º 54/2008, de 4 de Setembro, “*uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas*”, produziu a Recomendação n.º 1/2009, de 1 de Julho, que vincula “*os órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza*” a elaborar Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC).

Decorrente daquela Recomendação foi elaborado, em novembro de 2009, uma primeira versão do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Considerando que durante o ano de 2012 se assistiu à alteração dos órgãos de gestão da ULSNA, EPE, bem como a outras reestruturações internas, houve necessidade de se proceder a uma primeira revisão do Plano, com o objetivo de se atualizar e apropriar o respetivo conteúdo e definir medidas adequadas à sua monitorização.

No ano de 2014 o Plano foi novamente revisto, sofrendo uma profunda atualização, reajustando-se a classificação dos riscos e respetivas medidas corretivas, bem como aditando um maior número de Serviços, cujos riscos careciam de gestão adequada.

Em reunião de 1 de julho de 2015, o CPC aprovou a Recomendação n.º 3/2015, reforçando a necessidade de “*Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas [... identificarem] de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.*”

Em cumprimento com o recomendado pelo CPC, foi elaborada nova proposta concernente ao PPRG, documento que se apensa (Apêndice I) no final deste trabalho.

3.2.2 Metodologia

A elaboração e implementação do PPRG teve por base um conjunto de etapas, nas quais se desenvolveram as tarefas que se elencam no quadro 3.1:

Quadro 3.1 – Etapas de elaboração e implementação do PPRG

TAREFAS DESENVOLVIDAS EM CADA ETAPA
Etapa I – Recolha, tratamento e análise de informação sobre o funcionamento dos Serviços: <ul style="list-style-type: none">• Análise do organograma e do regulamento de organização dos Serviços;• Recolha e análise dos procedimentos desenvolvidos em cada Serviço;• Análise dos documentos de delegações de competências;• Análise dos regulamentos e normas vigentes;• Análise dos Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos (Controlo Interno);• Análise de outros documentos de gestão;• Avaliação dos riscos com base nos relatórios de Auditoria Interna e Externa previamente produzidos.
Etapa II – Elaboração e implementação do PPRG: <ul style="list-style-type: none">• Redação do PPRG;• Divulgação e formação sobre o PPRG aos vários colaboradores;• Implementação do PPRG.
Etapa III – Monitorização e aperfeiçoamento do PPRG (em desenvolvimento): <ul style="list-style-type: none">• Verificação do cumprimento do PPRG em vigor;• Identificação das medidas adotadas e por adotar;• Identificação de novos riscos e proposta de medidas corretivas;• Promoção da melhoria contínua do PPRG;• Elaboração do Relatório de Execução do PPRG.

Fonte: Elaboração própria

Não obstante a informação elencada no quadro anterior, importa descrever com maior detalhe algumas tarefas levadas a cabo na implementação do PPRG.

Na primeira etapa procurou-se alicerçar o conhecimento produzido no passado e vertido em anteriores Planos de Gestão de Riscos. Todavia, a supracitada Recomendação do CPC n.º 3/2015, de 1 de julho, veio determinar o alargamento do âmbito da gestão de riscos a todos os riscos de gestão, tipologia que até então não estava prevista em sede daqueles Planos. O cumprimento desta recomendação implicou uma profunda reestruturação do PPRG, determinando a iteração de um conjunto substancial de tarefas que haviam sido levadas a cabo para elaboração dos primeiros Planos de Gestão de Riscos.

A recolha, tratamento e análise de informação, mormente no que concerne à avaliação do controlo interno dos Serviços, tendo por base relatórios ou outros documentos produzidos pela Auditoria Interna e Externa, assim como a auscultação dos vários gestores dos Serviços, constituiu uma fase exaustiva e morosa, mas sem a qual não teria sido possível identificar e gerir os riscos de gestão de maior significado, sem descurar, concomitantemente, os riscos de corrupção e infrações conexas.

Aquele trabalho culminou no desenvolvimento de matrizes de risco que possibilitassem, em traços gerais, a identificação dos processos e dos seus objetivos, dos riscos que pudessem impedir a concretização daqueles objetivos, assim como das potenciais causas por detrás da materialização daqueles riscos.

No decorrer da segunda etapa foram desenvolvidas ações de formação e sessões de esclarecimento (Apêndice II) junto dos responsáveis e dos colaboradores de cada um dos Serviços contemplados no Plano. Estas ações visaram, sobretudo, a apresentação de uma nova ferramenta informática de recolha e tratamento da informação de riscos, desenvolvida pelo Serviço de Auditoria Interna, tendo sido abordados, durante aquelas ações, os seguintes pontos:

- Disponibilização e discussão das Recomendações do CPC;
- Apresentação e concetualização do modelo de gestão de riscos empresariais, da autoria do COSO;
- Apresentação da nova ferramenta informática:
 - Estrutura e navegação da plataforma;
 - Descrição da informação a preencher em cada campo das matrizes;

- *Grosso Modo*, identificação das relações existentes entre os processos, respetivos objetivos, riscos que possam afetar o cumprimento daqueles objetivos e, por fim, as medidas de controlo a instituir, de modo a reduzir a exposição àqueles riscos;
- Reflexão e sensibilização sobre as matérias tratadas, junto dos responsáveis e colaboradores, mormente no que concerne ao valor acrescido para os Serviços, como contrapartida da efetiva instrumentalização do Plano;
- Definição de data para remessa das matrizes de gestão do risco ao Serviço de Auditoria Interna.

Os Serviços procederam ao preenchimento das matrizes de risco vertidas na ferramenta informática, avaliando o risco inerente para cada um dos processos identificados, resultante do produto das variáveis estimadas de “probabilidade de ocorrência” e “impacto esperado”.

Seguidamente foram determinadas as respostas aos riscos, entendidas por adequadas, visando a mitigação do seu efeito adverso e, em alguns dos Serviços onde tal se mostrou exequível, foi determinado o risco residual que permaneceu após a introdução ou atualização daquelas respostas.

Por fim, as matrizes de risco concernentes a cada Serviço foram consolidadas, tratadas e vertidas no PPRG.

À data da elaboração do presente projeto de mestrado, o Serviço de Auditoria Interna encontra-se a desenvolver a terceira etapa, preparando a recolha de informação sobre o grau de cumprimento do PPRG, tendo em vista a produção de um Relatório a remeter ao CPC, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

CONCLUSÃO

A gestão do risco empresarial nas organizações de saúde é, ainda, uma disciplina na sua “*infância*”. Todavia, embora ainda haja muito trabalho por fazer, as organizações de saúde que comecem por reunir um grupo de trabalho habilitado, desenvolvendo um processo ponderado de identificação e avaliação do risco e elaborando uma estratégia de implementação que se concentre na integração da ERM na cultura organizacional a longo prazo, serão recompensadas com uma melhor compreensão das inter-relações entre os riscos que enfrentam e estarão melhor preparadas para antecipar e gerir esses riscos de forma eficaz (AHLA, 2009).

Embora não seja garantida uma segurança absoluta na concretização da estratégia e dos objetivos organizacionais previamente definidos, a ERM eleva essa probabilidade através de uma abordagem pró-ativa na identificação, avaliação, tratamento e monitorização dos vários riscos potenciais a que as organizações de saúde estão expostas.

Um programa de ERM poderá auxiliar as organizações de saúde no aumento do seu valor através de ganhos na reputação, prevenção de perdas financeiras e investimento em novos serviços de saúde que visem beneficiar quer as organizações, quer a comunidade.

Diversos autores são unânimes em referir os benefícios da ERM em detrimento de uma gestão tradicional do risco. Tais benefícios vão além da mitigação do risco de perdas financeiras e incumprimento legal, incluindo, também, a melhoria da eficácia da gestão, o aumento do valor para os *stakeholders* (utentes, funcionários, fornecedores e comunidade), melhor estabilidade para a organização, proteção da reputação e maior confiança do órgão de gestão.

A evolução da definição, emanada do IIA, da função Auditoria Interna, reflete uma mudança de paradigma, alterando o foco do controlo interno para o risco. A Auditoria Interna detém um papel fundamental, como “*3ª linha de defesa*” das organizações, na avaliação da adequação e eficácia dos processos de gestão de risco, devendo, para o efeito, e em cumprimento das Normas Internacionais para a Prática Profissional da Auditoria Interna, basear os seus planos anuais de atividade nas áreas ou operações que tenham sido identificadas com maior exposição ao risco.

Perante o que antecede, e exercendo a função de Auditor Interno da ULSNA, EPE, não podíamos ter deixado de aproveitar a oportunidade de acrescentar valor a esta Instituição,

contribuindo com todo o conhecimento e competências adquiridas ao longo do curso de Mestrado em Auditoria Empresarial e Pública, na elaboração de um Plano de Gestão de Riscos tendo por base o modelo ERM emanado do COSO, documento, cuja elaboração, havia ainda sido recomendada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção.

Tal tarefa revelou-se hercúlea, mas simultaneamente enriquecedora e compensatória, quer do ponto de vista da consolidação de conhecimentos, quer da nossa perceção do incremento da maturidade nos processos de gestão de risco, quer, ainda, do reconhecimento por parte do Conselho de Administração e dos vários responsáveis pela gestão, da sua pertinência e utilidade.

A evidência do cumprimento dos objetivos inicialmente propostos está sustentada no documento apensado a este projeto (Apêndice I), produzido sob a epígrafe de “*Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas)*”, cujo teor foi apreciado e aprovado pelo Conselho de Administração, tendo, posteriormente, sido remetido às entidades competentes e publicitado nos canais eletrónicos da ULSNA, EPE.

A realização deste projeto foi alicerçada num processo contínuo de sensibilização e formação dos Serviços intervenientes, visando incrementar a garantia de sucesso da implementação e futura instrumentalização do Plano de Gestão de Riscos (vide, a título de exemplo, o Apêndice II, cujo teor evidencia uma ação de esclarecimento ministrada pelo Serviço de Auditoria Interna).

Das várias características atribuídas ao modelo ERM, aquela que reconhecemos como uma das mais representativas é a de que se trata de um processo em curso que carece de uma monitorização constante, de forma a garantir a manutenção da sua efetividade e eficácia. Neste sentido, perfilhamos que só com uma avaliação contínua, que estime o grau de execução do Plano de Gestão de Riscos, é que a ULSNA, EPE, assegurará que os riscos mais significativos a que se encontra exposta obtêm as respostas adequadas e atempadas para a sua mitigação.

Embora as organizações de saúde ainda não tenham feito enormes incursões na implementação de programas de ERM, tal não significa que tenham descurado, de todo, os riscos a que estão expostas. Significa apenas que subsiste uma clara oportunidade de melhorar a gestão de riscos. Ainda há muito a fazer! (AHLA, 2009)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2007a). *Guia de controlo*. Lisboa: PricewaterhouseCoopers.
- ACSS. (2007b). *Manual de Auditoria Interna - Parte I*. Lisboa: PricewaterhouseCoopers.
- ACSS. (2007c). *Manual de Auditoria Interna - Parte II*. Lisboa: PricewaterhouseCoopers.
- ACSS. (2007d). *Metodologia de gestão de risco*. Lisboa: PricewaterhouseCoopers.
- AHLA. (2009). *Enterprise Risk Management for Healthcare Entities* (1^a ed.). Washington, DC.
- Almeida, D. (2006). O Valor da Auditoria Interna. *Revista Auditoria Interna*, n.º 25, Outubro/Dezembro de 2006, 3-4.
- Barton, T., Shenkir, W., & Walker, P. (2002). *Making Enterprise Risk Management Pay Off: How Leading Companies Implement Risk Management*. Upper Saddle River, NJ: Financial Times/Prentice Hall PTR.
- Bernnein, P. (1996). *Against the gods: The remarkable story of risk*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Borge, D. (2001). *The Book of Risk*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Carroll, R. (2009). *Risk management handbook for health care organizations, Student Edition*. United States of America: Jossey-Bass.
- Castanheira, N., & Rodrigues, L. (2006a). Gestão de risco: Da abordagem tradicional à gestão de risco empresarial (ERM). *Revista Revisores & Empresas* > Julho/Setembro 2006, pp. 58-61.
- Castanheira, N., & Rodrigues, L. (2006b). Mapa de riscos - Ferramenta de integração da gestão de risco e da auditoria interna. *Revista Auditoria Interna* n.º 24, Julho/Setembro de 2006, 11-16.
- Cendrowski, H., & Mair, W. (2009). *Enterprise risk management and COSO: a guide for directors, executives, and practitioners*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Chapman, R. (2011). *Simple Tools and Techniques for Enterprise Risk Management* (2^a ed.). West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.

- COSO. (2004). *Enterprise Risk Management – Integrated Framework*. Jersey City.
Obtido em 2 de Junho de 2015, de
http://www.coso.org/documents/COSO_ERM_ExecutiveSummary.pdf
- COSO. (2013). *Internal Control — Integrated Framework (Executive Summary)*.
Obtido de https://na.theiia.org/standards-guidance/topics/Documents/Executive_Summary.pdf
- Costa, C. (2010). *Auditoria Interna - Teoria & Prática* (9.^a Edição ed.). Lisboa: Rei dos Livros.
- Crumbly, D., Rezaee, Z., & Ziegenfuss, D. (2004). *U.S. Master Auditing Guide* (Third Edition ed.). Chicago: CCH Incorporated.
- de la Fuente, L., & de la Vega, G. (2003). La gestión de riesgos en empresas no financieras. *Revista Partida Doble, nº 150, Diciembre*, pp. 54-60. Obtido de <http://empresas.wke.es/proysan/11113.pdf>
- Deloitte. (20 de Novembro de 2014). Nova framework COSO 2013: O que mudou e como aplicar nas organizações. *XXI CONFERÊNCIA ANUAL: Auditoria Interna - Controlo Interno e Governação*. Instituto Português de Auditoria Interna.
Obtido de
http://www.ipai.pt/fotos/gca/201411_ipai_coso_icf_2013_vfinal_1416586714.pdf
- Dicionário de Língua Portuguesa da Porto Editora. (s.d.). *Definição de "risco"*. Obtido em 2 de Junho de 2015, de <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/risco>
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (s.d.). *Definição de "risco"*. Obtido em 2 de Junho de 2015, de <http://www.priberam.pt/DLPO/risco>
- Duckert, G. (2011). *Practical enterprise risk management: a business process approach*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- FERMA. (2003). *Norma de Gestão de Riscos*. Bélgica: The Institute of Risk Management (IRM), The Association of Insurance and Risk Managers (AIRMIC) e ALARM The National Forum for Risk Management in the Public Sector. Obtido em 2 de Junho de 2015, de

<http://www.ferma.eu/app/uploads/2011/11/a-risk-management-standard-portuguese-version.pdf>

- FERMA. (2014). *European Risk and Insurance Report: Executive Summary of the FERMA Risk Management Benchmarking Survey*. Obtido de [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-european-risk-and-insurance-report-2014/\\$FILE/EY-european-risk-and-insurance-report-2014.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-european-risk-and-insurance-report-2014/$FILE/EY-european-risk-and-insurance-report-2014.pdf)
- Fraser, J., & Simkins, B. (2010). *Enterprise risk management : today's leading research and best practices for tomorrow's executives*. Hoboken, New Jersey: JohnWiley & Sons, Inc.
- Gjerdrum, D., & Peter, M. (Março de 2011). The New International Standard on the Practice of Risk Management – A Comparison of ISO 31000:2009 and the COSO ERM Framework. *Risk management - Issue 21*, pp. 8-12. Obtido de <https://www.soa.org/library/newsletters/risk-management-newsletter/2011/march/jrm-2011-iss21-gjerdrum.pdf>
- Hardy, K. (2015). *Enterprise Risk Management: A Guide for Government Professionals*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc.
- Hopkin, P. (2010). *Fundamentals of risk management: understanding, evaluating, and implementing effective risk management*. London, United Kingdom: Kogan Page Limited.
- IFAC. (1999). *Enhancing Shareholder Wealth by Better Managing Business Risk*. New York: PricewaterhouseCoopers.
- IIA & RIMS. (2012). *Risk Management and Internal Audit: Forging a Collaborative Alliance*. Obtido de <https://global.theiia.org/standards-guidance/Public%20Documents/RIMS%20and%20The%20IIA%20Executive%20Report%20Forging%20a%20Collaborative%20Alliance.pdf>
- IIA. (2009). *The Role of Internal Auditing in Enterprise-wide Risk Management*. Altamonte Springs, Florida: The Institute of Internal Auditors. Obtido de <https://na.theiia.org/standards-guidance/Public%20Documents/PP%20The%20Role%20of%20Internal%20Auditing%20in%20Enterprise%20Risk%20Management.pdf>

- IIA. (2012). *International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing*. Altamonte Springs, Florida: The Institute of Internal Auditors. Obtido de <https://na.theiia.org/standards-guidance/Public%20Documents/IPPF%202013%20English.pdf>
- ISO. (2009). ISO 31000:2009 – Risk Management - Principles and Guidelines. Geneva.
- KPMG & APQ. (2013). *Gestão do Risco em Portugal: Desafios para as Empresas*. Lisboa. Obtido de <http://www.kpmg.com/pt/pt/IssuesAndInsights/Documents/surveyERM2013.pdf>
- Leitch, M. (2010). ISO 31000:2009 — The New International Standard on Risk Management. *Risk Analysis*, Vol. 30, No. 6, pp. 887-892.
- Marchetti, A. (2012). *Enterprise risk management best practices: from assessment to ongoing compliance*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Moeller, R. (2011). *COSO enterprise risk management: establishing effective governance, risk, and compliance processes* (2 ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Morais, G., & Martins, I. (2007). *Auditoria Interna: Função e Processo* (3ª ed.). Lisboa: Áreas Editora.
- Pinheiro, J. (Abril/Junho de 2011). Auditoria interna – que sucesso? *Revista Auditoria Interna*, 43, 11-13.
- Purdy, G. (Setembro de 2009). Raising the standard — new ISO risk management. *Australasian Risk Management*, pp. 6-8. Obtido de http://broadleaf.com.au/old/pdfs/articles/Art_ARM_31000.pdf
- Purdy, G. (2010). ISO 31000:2009 - Setting a New Standard for Risk Management. *Risk Analysis*, 30, n.º 6, pp. 881-886. Obtido de http://broadleaf.com.au/wp-content/uploads/2010/06/Art_RiskAnalysis_ISO31000.pdf
- Simon, P., & Charette, R. N. (2010). *The next wave of technologies: opportunities from chaos - Supplemental Material*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Sousa, O. (2007). Auditoria Interna – evolução para além da Sarbanes-Oxley. *Revista Auditoria Interna*, n.º 26, Janeiro/Março de 2007, 3-4.

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas) da ULSNA, EPE

N. 58/ 2016, de 18 de outubro .

DE: **Conselho de Administração**

PARA: **Todos os Serviços**

ASSUNTO: **Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas)**

Leva-se ao conhecimento de todos os colaboradores da ULSNA, EPE, que o Conselho de Administração aprovou em reunião ordinária do seu órgão, o Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas).

Com efeito, a Recomendação n.º 3/2015, de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), reforça a necessidade de *“Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas [...] identificarem] de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.”*

Em cumprimento com o recomendado pelo CPC, foi desenvolvido, junto dos Serviços contemplados no anterior Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, um trabalho exaustivo no sentido de aditar ou atualizar informação sobre a gestão de riscos da esfera de competência de cada Serviço.

O presente Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas) constitui um compromisso formal de reforço ao Sistema de Controlo Interno e de Gestão de Riscos, promovendo o alinhamento dos processos de gestão para com a visão, missão e objetivos estratégicos da ULSNA, EPE.

O Plano procede à identificação sistemática, por Serviços e Unidades Orgânicas, dos riscos das atividades no âmbito da corrupção, infrações conexas, de situações que possam consubstanciar eventuais conflitos de interesses e de outros, que por ação ou omissão de trabalhadores, fornecedores ou utentes, possam redundar em falhas nos processos de gestão e de tomada de decisão ou que de algum modo possam colocar em causa o património ou a imagem da Instituição.

A adequação do Plano é periodicamente aferida, com a introdução, se oportuna, de correções, designadamente motivadas por alterações/ inovações introduzidas no ordenamento normativo regulador desta matéria ou internamente, determinadas por reponderação da gravidade das consequências de cada um dos riscos considerados, da probabilidade da sua ocorrência e das prioridades de intervenção.

O presente Plano encontra-se publicitado nos portais da *internet* e *intranet* da ULSNA, EPE.

O Conselho de Administração



Dorinda Calha

Presidente do Conselho de Administração

N.º 013/2016, de 18 de outubro

De: Serviço de Auditoria Interna

Para: Exma. Sra. Presidente do Conselho de Administração

C/C:

ASSUNTO: Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas)

Act 43/2016
de 18

PARECER

Concordo e aprovo o presente Plano, devendo o mesmo ser remetido ao Conselho de Prevenção da Corrupção do SNS para publicitar na internet e intranet da ULSNA EPE, bem como proceder-se à divulgação de circular.

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

Concordo e aprovo o presente Plano, devendo o mesmo ser remetido ao Conselho de Prevenção da Corrupção do SNS para publicitar na internet e intranet da ULSNA EPE, bem como proceder-se à divulgação de circular.

ULSNA EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DORINDA CALHA, Presidente

JORGE F. GOMES, Diretor Clínico

ANTÓNIO MIRANDA, Enfermeiro Diretor

RAQUEL BACHAREL, Vogal Executivo

JOAQUIM ARAÚJO, Vogal Executivo

2016/10/18

A Recomendação n.º 3/2015, de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção, reforça a necessidade de "Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas [...] identificarem] de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas."

Em cumprimento daquela Recomendação, foi desenvolvido, junto dos Serviços contemplados no anterior Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, um trabalho exaustivo no sentido de aditar ou atualizar informação sobre a gestão de riscos da esfera de competência de cada Serviço.

Findo esse trabalho, a informação recolhida nas matrizes de riscos preenchidas pelos Serviços, foi transposta para o presente Plano.

Em cumprimento com o Despacho exarado pelo Exmo. Conselho de Administração, de 13 de outubro de 2016, o Serviço de Auditoria Interna, tendo por base as orientações emanadas deste Órgão, procedeu à atualização do Plano que ora se remete para apreciação e aprovação de V. Exa.

Após aprovação, o Plano deverá ser remetido ao Conselho de Prevenção da Corrupção e publicitado no portal do SNS, portais da internet e intranet da ULSNA, EPE, assim como divulgado por todos os trabalhadores, através de circular informativa.

Manifestamos, por fim, a nossa inteira disponibilidade para prestar quaisquer esclarecimentos que V. Exa. entenda requerer e apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

À consideração Superior.

Anexos:

- Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas);
- Minuta de Circular Informativa.



O Auditor Interno
Filipe José Roque Caetano

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO E.P.E.	
SECRETARIADO	
Entrada Nº	20606364
Data	18/10/2016
Celminda	



Setembro de 2016

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO

(INCLUINDO OS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS)

Esta página foi intencionalmente deixada em branco

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO I – PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO	8
1. ENQUADRAMENTO, ESTRUTURA E METODOLOGIA	9
2. DIVULGAÇÃO, INSTRUMENTALIZAÇÃO E MONITORIZAÇÃO	12
CAPÍTULO II – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO	13
3. CARATERIZAÇÃO	14
4. ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO, CONTROLO E SUPERVISÃO	15
4.1. Conselho de Administração	15
4.2. Fiscal Único	16
4.3. Serviço de Auditoria Interna	17
4.4. Conselho Consultivo	18
5. ESTRUTURA ORGÂNICA	19
CAPÍTULO III – ENQUADRAMENTO NORMATIVO E CONCEPTUAL	20
6. CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	21
6.1. Conceitos	21
6.2. Crimes de Corrupção	21
6.3. Infrações Conexas	22
7. CONFLITOS DE INTERESSES	23
7.1. Recomendação do CPC n.º 5/2012, de 7 de Novembro	23
7.2. Instrumentos Normativos de Controlo dos Conflitos de Interesses	25
7.2.1. Constituição da República Portuguesa	25
7.2.2. Código do Procedimento Administrativo	26
7.2.2.1. Princípios Gerais da Atividade Administrativa	26
7.2.2.2. Delegação de Poderes	27
7.2.2.3. Garantias de Imparcialidade	27
7.2.3. Estatuto do Gestor Público	29
7.2.4. Regime Jurídico de Incompatibilidades e Impedimentos dos Altos Cargos Públicos	31
7.2.5. Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas	32
7.2.5.1. Garantias de imparcialidade	32
7.2.5.2. Deveres do Trabalhador	33
7.2.5.3. Exercício do Poder Disciplinar	33
7.2.6. Incompatibilidades dos Membros das Comissões e Grupos de Trabalho do SNS	36
7.2.6.1. Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro	36
7.2.6.2. Despacho n.º 2156-B/2014, de 10 de fevereiro de 2014	37
7.2.7. Carta Ética da Administração Pública	39
7.3. Código de Ética da ULSNA, EPE	40
8. CONTRATAÇÃO PÚBLICA	42
8.1. Recomendação do CPC n.º 1/2015, de 7 de Janeiro	43
CAPÍTULO IV – MODELO DE GESTÃO DE RISCOS	44
9. CONCEITOS	45
10. COMPONENTES	46
10.1. Ambiente Interno	46
10.2. Definição de Objetivos	46
10.3. Identificação dos Riscos	47
10.4. Avaliação dos Riscos	48
10.5. Respostas aos Riscos	49
10.6. Atividades de Controlo	50
10.7. Informação e Comunicação	51
10.8. Monitorização	51
CAPÍTULO V – MATRIZES DE RISCO DOS SERVIÇOS	52
I. SERVIÇO DE GESTÃO DA PRODUÇÃO	53
a) Responsabilidades e Competências do SGP	53
b) Matriz de Risco do SGP	54
ATIVIDADE 1. “RECOLHA DE DADOS DOS UTENTES”	54
ATIVIDADE 2. “COBRANÇA DE TAXAS MODERADORAS”	56
ATIVIDADE 3. “REGISTO DOS ATOS DE PRODUÇÃO”	57
II. SERVIÇO DE GESTÃO FINANCEIRA	58

a)	Responsabilidades e Competências do SGF	58
b)	Matriz de Risco do SGF	59
	ATIVIDADE 1. “PAGAMENTO A FORNECEDORES”	59
	ATIVIDADE 2. “GESTÃO DE TESOURARIA”	63
	ATIVIDADE 3. “RECEBIMENTOS DE CLIENTES – EMISSÃO DE FATURAÇÃO”	65
	ATIVIDADE 4. “GESTÃO DE DADOS-MESTRE DE FORNECEDORES”	67
	ATIVIDADE 5. “CONTABILIZAÇÃO”	69
III.	SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	71
a)	Responsabilidades e Competências do SGRH	71
b)	Matriz de Risco do SGRH	72
	ATIVIDADE 1. “CONTROLO DA ASSIDUIDADE E PONTUALIDADE - SISTEMA BIOMÉTRICO”	72
	ATIVIDADE 2. “CONTROLO DA ASSIDUIDADE E PONTUALIDADE - SISTEMA MANUAL”	76
	ATIVIDADE 3. “RECRUTAMENTO DE TRABALHADORES”	80
	ATIVIDADE 4. “PROCESSAMENTO DE REMUNERAÇÕES”	86
	ATIVIDADE 5. “ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES”	92
IV.	SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO E LOGÍSTICA.....	96
a)	Responsabilidades e Competências do SAL.....	96
b)	Matriz de Risco do SAL	97
	ATIVIDADE 1. “GESTÃO E CONTROLO DE STOCKS”	97
	ATIVIDADE 2. “AQUISIÇÃO DE BENS, SERVIÇOS OU EMPREITADAS”	105
V.	SERVIÇOS FARMACÊUTICOS.....	109
a)	Responsabilidades e Competências do SFARM	109
b)	Matriz de Risco do SFARM	110
	ATIVIDADE 1. “AQUISIÇÃO DE BENS”	110
	ATIVIDADE 2. “RECEÇÃO DE MERCADORIAS”	111
	ATIVIDADE 3. “GESTÃO DE EXISTÊNCIAS”	112
	ATIVIDADE 4. “PREPARAÇÃO DE CITOTÓXICOS”	116
VI.	SERVIÇO DE INSTALAÇÕES, TRANSPORTES E EQUIPAMENTOS.....	117
a)	Responsabilidades e Competências do SITE	117
b)	Matriz de Risco do SITE	118
	ATIVIDADE 1. “UTILIZAÇÃO DE VIATURAS DE SERVIÇO”	118
	ATIVIDADE 2. “GESTÃO DE CONTRATOS DE MANUTENÇÃO”	119
	ATIVIDADE 3. “FISCALIZAÇÃO DE OBRAS”	121
VII.	SERVIÇO DE SISTEMAS DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO	122
a)	Responsabilidades e Competências do SSTI	122
b)	Matriz de Risco do SSTI	123
	ATIVIDADE 1. “GESTÃO DE INCIDENTES E SERVIÇOS”	123
	ATIVIDADE 2. “GESTÃO DE CONFIGURAÇÕES”	131
	ATIVIDADE 3. “GESTÃO DA CONTINUIDADE”	133
	ATIVIDADE 4. “DESENVOLVIMENTO APLICACIONAL”	141
	ATIVIDADE 5. “GESTÃO DA SEGURANÇA”	149
	ATIVIDADE 6. “GESTÃO DE PROJETOS”	155

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Definição de objetivos organizacionais	46
Quadro 2 – Fatores potenciadores do risco	47
Quadro 3 – Critérios de classificação do risco	48
Quadro 4 – Respostas aos riscos	49
Quadro 5 – Tipificação dos controlos	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Área de influência (Distrito de Portalegre)	15
Figura 2 – Organograma	19
Figura 3 – Elementos do crime de corrupção.....	21
Figura 4 – Representação da matriz tridimensional do COSO – ERM.....	45
Figura 5 – Matriz de classificação dos riscos	48
Figura 6 – Possíveis estratégias de resposta aos riscos.....	49

RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACE	Armazém Central de Elvas
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACP	Armazém Central de Portalegre
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ARSA	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP
BCP	<i>Business Continuity Plan</i>
CA	Conselho de Administração
CAPS	Catálogo de Aprovisionamento Público de Saúde
CCP	Código dos Contratos Públicos
CDT	Comissão de Diagnóstico e Terapêutica
COSO	<i>Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission</i>
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CPCJ	Comissões de Proteção de Crianças e Jovens
DGTF	Direção-Geral do Tesouro e Finanças
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERM	<i>Enterprise Risk Management</i>
FIFO	<i>First In First Out</i>
GHAF	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
GRECO	<i>Groupe d'Etats Contre la Corruption</i>
GRIEC	Gabinete para as Relações Internacionais, Europeias e de Cooperação do Ministério da Justiça
IGAS	Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
IGF	Inspeção-Geral de Finanças
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP
IP	Instituto Público
IT	Instrução de Trabalho
MB	Multibanco
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NIB	Número de Identificação Bancária
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ONU	Organização das Nações Unidas
PDCA	<i>Plan, Do, Check, Act Cycle</i>
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
PPRIC	Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
RCM	Resumo das Características do Medicamento
RHV	Recursos Humanos e Vencimentos
ROC	Revisor Oficial de Contas
SAL	Serviço de Aprovisionamento, Logística
SCI	Sistema de Controlo Interno
SGICM	Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento
SGF	Serviço de Gestão Financeira
SFARM	Serviços Farmacêuticos
SGP	Serviço de Gestão da Produção
SGR	Sistema de Gestão de Riscos
SGRH	Serviço de Gestão de Recursos Humanos
SI	Sistema de Informação
SITAM	SI Taxas Moderadoras
SITE	Serviço de Instalações, Transportes e Equipamentos

RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SLA	<i>Service Level Agreement</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SPF	Sistema de Pré-Faturação
SROC	Sociedade de Revisores Oficiais de Contas
SSTI	Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação
TI	Tecnologias de Informação
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSNA	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
UML	<i>Unified Modeling Language</i>

INTRODUÇÃO

O risco encontra-se presente em todas as organizações, tendo origem quer em fatores internos quer em fatores externos. Conforme definido pelo *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO), o risco pode ser entendido como a “*possibilidade da ocorrência de um evento que afete negativamente o cumprimento de objetivos [...] e impeça a criação de valor ou a destruição daquele existente*”.

As instituições de saúde não são apenas empresas, no sentido clássico da palavra, para as quais, a garantia de recolha de capitais, fornecendo bens ou serviços, é o desiderato que lhes permite a manutenção da sua viabilidade financeira. Estas têm, também, muitas outras dimensões de risco que devem ser consideradas. Exemplos incluem a influência da regulamentação intensiva nas áreas de atendimento ao paciente e estabilidade financeira, ou ainda, a obrigação de prestar assistência ao paciente, apesar da capacidade deste em pagar as despesas associadas.^[1]

A gestão de riscos é, desta forma, um elemento crucial na gestão estratégica de qualquer organização, mormente as do setor da saúde, que devem procurar minimizar as consequências negativas na sua performance, num ambiente de incerteza, aumentando, desse modo, a probabilidade de êxito do cumprimento dos seus objetivos.

Decorridos seis anos após a emissão, pelo Conselho de Prevenção da Corrupção, da sua primeira Recomendação, em 1 de julho de 2009, aquele Conselho procedeu à emissão da Recomendação, de 1 de julho de 2015, que dispõe no sentido de serem identificados, em aditamento aos riscos de corrupção e infrações conexas, os riscos de gestão.

Neste sentido, importa proceder à atualização do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, acolhendo a mais recente Recomendação, procedendo-se, igualmente, à alteração da designação do Plano para passar a designar-se por “Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, (incluindo os riscos de Corrupção e Infrações Conexas) ”.

Constituem objetivos deste documento:

- 1) Assegurar a implementação do estatuído na Recomendação nº 3, de 1 de julho de 2015, do Conselho de Prevenção da Corrupção;
- 2) Implementar um novo modelo de gestão de riscos tendo por base as orientações técnicas emanadas do COSO, concretamente, as vertidas no documento intitulado “*Enterprise Risk Management (ERM) – Integrated Framework*”
- 3) Gerir os mais significativos riscos operacionais e de gestão, procedendo-se, igualmente, à reavaliação dos riscos de corrupção e infrações conexas relativamente a cada atividade;
- 4) Propor medidas que visem a mitigação dos riscos identificados, incrementando a segurança no cumprimento dos objetivos da ULSNA, EPE;
- 5) Redefinir os vários responsáveis envolvidos na gestão do plano e proceder à sua identificação.

O presente Plano entra em vigor após a aprovação do Conselho de Administração, da ULSNA, EPE.



O Auditor Interno
Filipe José Roque Caetano

¹ Duckert, G. (2011). Practical enterprise risk management: a business process approach. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

CAPÍTULO I

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO

1. ENQUADRAMENTO, ESTRUTURA E METODOLOGIA

É determinante adequar o Sistema de Controlo Interno (SCI) e o Sistema de Gestão de Riscos (SGR) da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (ULSNA, EPE) ao grau de complexidade que lhe é inerente, considerando que esta Entidade assume um volume financeiro expressivo, decorrente do seu compromisso social assistencial, emprega um grande número de trabalhadores da área da saúde e prossegue a sua missão, essencialmente sanitária, através de uma estrutura geograficamente dispersa, composta por dois Hospitais e dezasseis Centros de Saúde.

Deste modo, o SCI da ULSNA, EPE, tem de compreender um conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos que visem o respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, e que assegurem, com base num adequado SGR, um desempenho eficiente da atividade e a utilização racional dos recursos.

Em tal medida, o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), “*entidade administrativa independente, a funcionar junto do Tribunal de Contas, que desenvolve*”, nos termos da Lei n.º 54/2008, de 4 de Setembro, “*uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas*”, produziu a Recomendação n.º 1/2009, de 1 de Julho, que vincula “*os órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza*” a elaborar Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC). Em 7 de Abril de 2010, aquele Conselho aditou, através da Recomendação n.º 1/2010, a necessidade de tais planos serem publicitados no sítio da *internet* das entidades.

Tal desiderato foi, posteriormente, reforçado pelo n.º 1, do artigo 46.º, do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro^[2], determinando para as Empresas Públicas o dever de cumprir “*a legislação e a regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção, devendo elaborar anualmente um relatório identificativo das ocorrências, ou risco de ocorrências, de factos mencionados na alínea a)*”^[3] do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro”. O n.º 2, do artigo 46.º do mesmo Decreto-Lei determina, ainda, que o relatório referido no número anterior deva ser publicitado no sítio da *Internet* das entidades.

A 7 de Novembro de 2012, o CPC fez aprovar a Recomendação n.º 5/2012, em que consagra a existência de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, instrumento fundamental na salvaguarda dos princípios do interesse público e salvaguarda do bem que é a saúde.

Entretanto, e considerando o peso e a importância dos contratos públicos na economia e, em particular, na despesa do Estado e demais entidades gestoras de recursos públicos, o CPC aprovou a Recomendação n.º 1/2015, de 7 de Janeiro, que, de forma resumida, sublinha a necessidade de reforçar a atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada, garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública, reduzindo o recurso ao ajuste direto, assegurar o funcionamento dos mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses, potenciar o acesso a todos os cidadãos em condições de igualdade e solicitar aos órgãos de fiscalização, controlo e inspeção do Sector Público, nas suas ações, especial atenção à matéria objeto desta Recomendação.

O CPC, em reunião de 1 de Julho de 2015, aprovou, ainda, a Recomendação n.º 3/2015, que reforça a necessidade de “*Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas [...] identificarem] de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.*”

Em cumprimento com o recomendado pelo CPC, o presente Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, doravante designado por Plano, constitui um compromisso formal de reforço ao SCI e SGR, promovendo o alinhamento dos processos de gestão para com a visão, missão e objetivos estratégicos da ULSNA, EPE. O Plano procede à identificação sistemática, por Serviços e Unidades Orgânicas, dos riscos das atividades no âmbito da corrupção, infrações conexas, de situações que possam consubstanciar eventuais conflitos de interesses e de outros, que por ação ou omissão de trabalhadores, fornecedores ou utentes, possam redundar em falhas nos processos de gestão e de tomada de decisão ou que de algum modo possam colocar em causa o património ou a imagem da Instituição.

² Regime Jurídico do Sector Público Empresarial, alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de Setembro.

³ Conforme alínea a), do n.º 1, do artigo 2.º:

1. A atividade do CPC está exclusivamente orientada à prevenção da corrupção, incumbindo-lhe designadamente:

a) Recolher e organizar informações relativas à prevenção da ocorrência de factos de corrupção ativa ou passiva, de criminalidade económica e financeira, de branqueamento de capitais, de tráfico de influência, de apropriação ilegítima de bens públicos, de administração danosa, de peculato, de participação económica em negócio, de abuso de poder ou violação de dever de segredo, bem como de aquisições de imóveis ou valores mobiliários em consequência da obtenção ou utilização ilícitas de informação privilegiada no exercício de funções na Administração Pública ou no sector público empresarial;

A identificação dos riscos é seguida da respetiva classificação, quanto à probabilidade de ocorrência e impacto previsto, da enumeração de medidas de prevenção e mitigação, e da indicação dos responsáveis pela sua concretização, possibilitando ao Conselho de Administração, a constituição de um instrumento pelo qual pode estabelecer critérios de avaliação e gestão dos riscos detetados, priorizando medidas de mitigação dos efeitos adversos que estes representam. A elaboração do Plano consubstanciou-se, por isso, num processo participado pelos responsáveis dos diversos Serviços, servindo o propósito de envolver ativamente os colaboradores, cuja ação se pode constituir mais efetiva na prevenção dos riscos operacionais ou dos riscos apercebidos de corrupção, de infrações conexas e de conflito de interesses.

Assim, pela transversalidade dos riscos existentes na ULSNA, EPE, que abrangem todas as atividades nela desenvolvidas, a operacionalização do Plano conta com os seguintes intervenientes:

- a) O Conselho de Administração, a quem cabe, enquanto órgão de gestão de topo, a definição do modelo, das regras e dos critérios de gestão dos riscos.
- b) O Serviço de Auditoria Interna, a quem, pela Lei, está confiada a avaliação e aperfeiçoamento contínuo de todos os processos de controlo interno e de gestão de riscos nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos:
 - No que concerne ao SCI, procede ao acompanhamento, verificação e validação, através de ações sistemáticas, das medidas de controlo que visam prevenir e mitigar os riscos previstos no Plano;
 - No âmbito do SGR, identifica, quando decorrente de ações de auditoria, e consolida, por comunicação de terceiros, os riscos operacionais, de corrupção, infrações conexas e de conflito de interesses, sugerindo a sua inclusão, alteração ou retificação no presente documento.
- c) Os responsáveis dos Serviços, a quem cabe, pela prossecução da uniformização dos procedimentos, da racionalização de recursos e da coordenação global da respetiva unidade orgânica a que estão acometidos, o dever de detetar, avaliar e comunicar riscos que, no âmbito da sua área de atividade, encontrem cabimento no Plano, bem como propor soluções de prevenção e mitigação dos riscos identificados e a implementação das medidas de controlo para esse efeito.
- d) Todos os trabalhadores em geral, a quem cabe o cumprimento dos deveres e valores a que estão acometidos pela relação jurídica de emprego de que são titulares, devendo nessa medida reportar, ao Conselho de Administração, Serviço de Auditoria Interna, ou seu superior hierárquico, os riscos e irregularidades identificados no desempenho das suas funções profissionais ou para os quais sejam alertados por colegas, utentes ou outros. A gestão de riscos é do interesse de todos, devendo as funções e as responsabilidades de todos os trabalhadores serem claramente definidas e comunicadas de forma eficaz.

O presente Plano segue as orientações plasmadas no Guião do CPC, de Janeiro de 2015, para elaboração de PPRCIC, que sugere a seguinte estrutura:

Atribuições da entidade, organograma e identificação dos responsáveis:

“Caracterização genérica das atribuições da entidade (a razão da sua existência) e da estrutura orgânica que apresenta, com identificação dos responsáveis.”

Identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas:

“Tendo em conta as funções da entidade, devem ser identificados e caracterizados por unidade orgânica os respetivos potenciais riscos de corrupção e infrações conexas. Estes riscos devem ser classificados segundo uma escala de risco elevado, risco moderado e risco fraco, em função dos graus de probabilidade de ocorrência e de gravidade da consequência (elevado, moderado ou fraco). Por sua vez, esta classificação deverá ser aferida a partir da própria caracterização de cada uma das funções.”

Medidas preventivas dos riscos:

“Identificados os riscos, devem ser indicadas as medidas que previnam a sua ocorrência, tais como mecanismos de controlo interno, segregação de funções, declarações de interesses, definição prévia de critérios gerais e abstratos de concessão de benefícios públicos, criação de gabinetes de auditoria interna em especial nas entidades de maior dimensão, controlo efetivo das situações de acumulações de funções públicas com atividades privadas e respetivos conflitos de interesses. Esta é uma enumeração meramente exemplificativa. Neste âmbito podem ser consideradas as orientações técnicas de gestão de risco da FERMA, do COSO, bem como de outros organismos cujas indicações possam ser consideradas de utilidade.”

Estratégias de aferição da efetividade, utilidade, eficácia e eventual correção das medidas propostas:

“Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas são instrumentos de gestão dinâmicos, pelo que devem ser acompanhados na sua execução, elaborando-se, pelo menos anualmente, um relatório de execução e refletindo-se sobre a necessidade da sua atualização.”

Apesar do presente Plano não esgotar toda a matéria que concerne ao seu âmbito, destaca os aspetos considerados mais relevantes para a sua efetiva instrumentalização. Importa, ainda, ressaltar, que as referências legais, ou de outra natureza, aqui incluídas, não dispensam ou substituem a consulta da legislação com valor oficial ou dos documentos que constituem a sua fonte.

Assim, face ao que antecede, foram estabelecidas como áreas de maior suscetibilidade de gerarem potenciais riscos operacionais, de corrupção, de infrações conexas e de conflito de interesses, as seguintes:

SERVIÇOS

Gestão da Produção (SGP)

Gestão Financeira (SGF)

Gestão de Recursos Humanos (SGRH)

Aprovisionamento e Logística (SAL)

Farmacêuticos (SFARM)

Instalações, Transportes e Equipamentos (SITE)

Sistemas de Tecnologias de Informação (SSTI)

Com o propósito de facilitar a adoção das Recomendações do CPC e, concomitantemente, agilizar a recolha e tratamento da informação dos riscos concernentes aos Serviços e respetivas atividades desenvolvidas por estes, o Serviço de Auditoria Interna desenvolveu uma ferramenta informática, contemplando novas matrizes de risco, oportunamente disponibilizada aos vários Serviços e tendo por base as orientações técnicas emanadas do *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO), concretamente, as vertidas no documento intitulado “*Enterprise Risk Management (ERM) – Integrated Framework*”, de 2004.

Em conformidade com o n.º 4 da já citada Recomendação n.º 3/2015, de 1 de Julho de 2015, no qual se pode ler que “*As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos*”, o Serviço de Auditoria Interna desenvolveu, particularmente com os Serviços elencados no Plano, mas, também, de um modo mais alargado, para a Instituição, ações de formação e esclarecimento, com vista à concretização dos seguintes objetivos:

- Disponibilização e discussão das recomendações do CPC;
- Apresentação e conceptualização do modelo de gestão de riscos empresariais, da autoria do COSO;
- Apresentação da nova ferramenta informática para recolha de informação sobre os riscos dos Serviços:
 - Estrutura e navegação da ferramenta;
 - Descrição da informação a preencher em cada um dos campos das matrizes de risco;
 - *Grosso Modo*, identificação das relações existentes entre os processos, respetivos objetivos, riscos que possam afetar o cumprimento desses objetivos e, por fim, as medidas de controlo a instituir, de modo a reduzir a exposição àqueles riscos;
- Reflexão e sensibilização sobre as matérias tratadas, junto dos responsáveis e colaboradores, mormente no que concerne ao valor acrescido para os Serviços, como contrapartida da efetiva instrumentalização do Plano;
- Definição de datas para remessa das matrizes de gestão de risco ao Serviço de Auditoria Interna;
- Análise, consolidação e normalização da informação recolhida e a sua integração no presente Plano.

2. DIVULGAÇÃO, INSTRUMENTALIZAÇÃO E MONITORIZAÇÃO

A adequada comunicação e divulgação do presente Plano constituem fatores determinantes na consecução de uma efetiva gestão de riscos. Por conseguinte, são de realçar, designadamente, as seguintes medidas:

- a) Disponibilização do Plano no portal da *intranet* e no sítio da *internet* da ULSNA, EPE;
- b) Promoção de ações de divulgação do Plano e respetiva sensibilização das matérias aqui plasmadas a todos os trabalhadores.

No sentido de ser garantida a instrumentalização do Plano ^[4], devem ser atribuídas, às direções de cada Serviço, designadamente:

- a) A assunção da responsabilidade pela sua execução, na parte correspondente, e a elaboração de um relatório anual, a reportar ao Conselho de Administração e Serviço de Auditoria Interna, o qual deve incluir, entre outros aspetos:
 - A identificação das medidas de prevenção e mitigação de riscos adotadas e aquelas a implementar;
 - A avaliação da adequabilidade e eficácia das medidas, analisando o efeito obtido ao nível da probabilidade de ocorrência e do impacto previsto;
 - A exposição dos motivos de eventuais atrasos face à previsão da introdução das medidas ou a justificação da sua não implementação;
 - A identificação e avaliação de novos fatores de risco, motivados, nomeadamente, pela introdução de atividades, e a respetiva definição das medidas a adotar na prevenção e mitigação desses novos riscos.
- b) A iniciativa de apresentação, a todo o momento, ao Serviço de Auditoria Interna, de propostas de correção e atualização do Plano.

A adequação do Plano é periodicamente aferida, com a introdução, se oportuna, de correções, designadamente motivadas por alterações/ inovações introduzidas no ordenamento normativo regulador desta matéria ou internamente, determinadas por reponderação da gravidade das consequências de cada um dos riscos considerados, da probabilidade da sua ocorrência e das prioridades de intervenção.

⁴ Assunto detalhado no CAPÍTULO IV – MODELO DE GESTÃO DE RISCO

CAPÍTULO II

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO

3. CARATERIZAÇÃO

Nos termos do disposto no n.º 1, do artigo 1.º, do Capítulo I, do Anexo III, do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro, a ULSNA, EPE, “é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial e do artigo 18.º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.”

Nos termos do artigo 2.º, do supracitado Decreto-Lei:

1. A ULS, EPE tem por objeto principal a prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que com ela contratualizem a prestação de cuidados de saúde.
2. A ULS, EPE também tem por objeto:
 - a) Assegurar as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida;
 - b) Desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento;
 - c) Prestar serviços a cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

Em conformidade com o artigo 3.º, do Regulamento Interno da ULSNA, EPE, aprovado pelo Conselho de Administração, em 28 de outubro de 2015 e homologado pela Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP (ARSA), em 29 de outubro de 2015:

- [...]
3. A área de influência corresponde ao distrito de Portalegre abrangendo todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Montargil, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel.
 4. A ULSNA, EPE é constituída pelos hospitais Dr. José Maria Grande de Portalegre e Santa Luzia de Elvas bem como pelos Agrupamentos de Centros de Saúde de São Mamede, cuja composição se encontra prevista no artigo 33.º do presente regulamento.
 5. Para as valências não disponibilizadas pela estrutura de oferta da ULSNA, EPE, aplicam-se os circuitos ascendentes previstos nos documentos das redes de referência hospitalar.

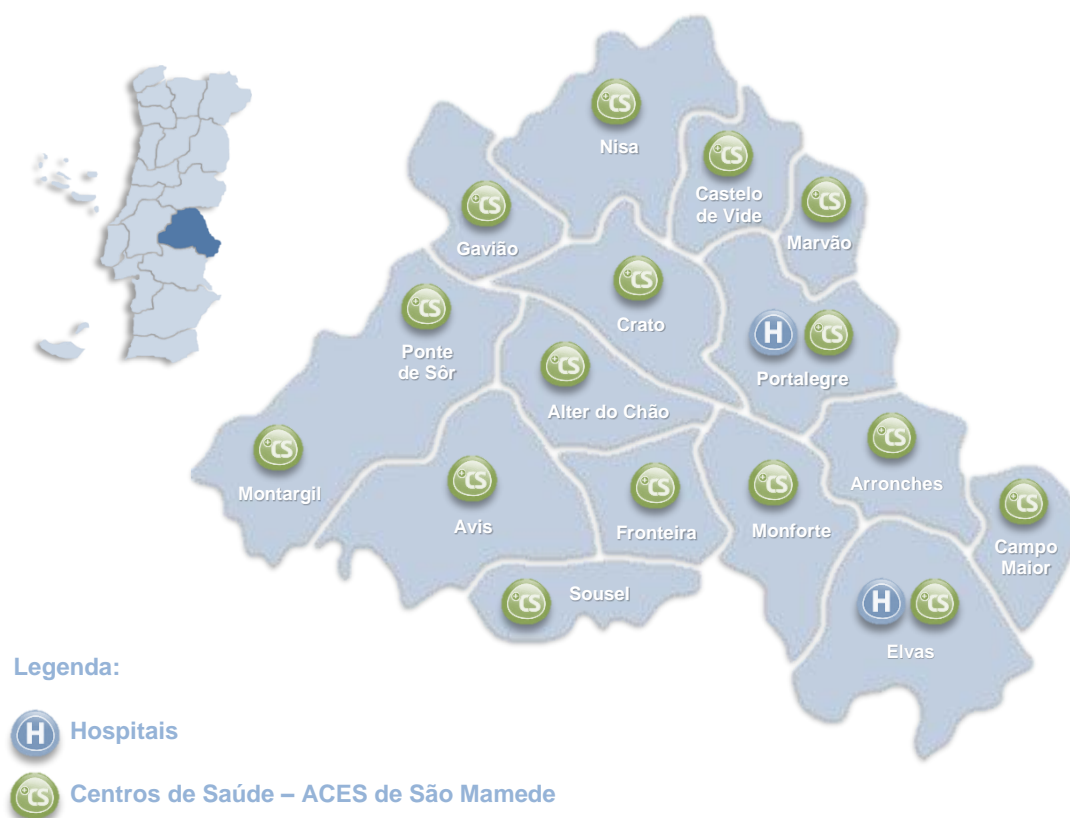
De acordo com o Regulamento Interno, a missão, visão e valores da ULSNA, EPE, são, conforme artigo 4.º, os seguintes:

1. A missão da ULSNA, EPE consiste em promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.
2. A visão da ULSNA, EPE consiste em constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas.
3. A ULSNA, EPE rege-se pelos seguintes valores:
 - a) Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
 - b) Excelência técnica;
 - c) Acessibilidade e equidade dos cuidados;
 - d) Promoção da qualidade;
 - e) Ética, integridade e transparência;
 - f) Motivação e atuação pró-ativa;
 - g) Melhoria contínua;
 - h) Trabalho de equipa;
 - i) Respeito pelas normas ambientais.

Constituem objetivos da ULSNA, EPE, de acordo com o artigo 5.º do Regulamento Interno, os seguintes:

- a) Contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na população;
- b) Promover a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento da doença e a reabilitação, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de atividades específicas dirigidas globalmente ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade;
- c) Atingir a plena integração sistémica, estrutural vertical, funcional clínica, informação e financeira e normativa da organização;
- d) Garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes;
- e) Melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços;
- f) Melhorar a eficiência técnica e económica;
- g) Melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços;
- h) Valorizar o capital humano, assegurando a formação contínua aos seus profissionais.

Figura 1 – Área de influência (Distrito de Portalegre)



Fonte: Adaptado do sítio da internet da ULSNA, EPE, em <http://www.ulsna.min-saude.pt/Ulsna/Hospitais/Paginas/default.aspx>

4. ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO, CONTROLO E SUPERVISÃO

4.1. CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Nos termos do disposto no artigo 6.º, do Anexo III, do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro, a composição e mandato do Conselho de Administração são os seguintes:

1. O conselho de administração é composto pelo presidente e um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas, incluindo até dois diretores-clínicos e um enfermeiro-diretor.
2. Os membros do conselho de administração são designados de entre individualidades que reúnam os requisitos previstos no Estatuto do Gestor Público e possuam experiência de gestão empresarial, preferencialmente na área da saúde, sendo diretor-clínico um médico e enfermeiro-diretor um enfermeiro.
3. A designação dos membros do conselho de administração observa o disposto nos artigos 12.º e 13.º do Estatuto do Gestor Público.
4. O mandato dos membros do conselho de administração tem a duração de três anos e é renovável, até ao máximo de três renovações consecutivas, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

As respetivas competências encontram-se definidas no artigo 7.º, do mesmo Decreto-Lei:

1. Compete ao conselho de administração garantir o cumprimento dos objetivos em geral, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos, e em especial:
 - a) Propor os planos de ação anuais e plurianuais e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos e assegurar a respetiva execução;
 - b) Celebrar contratos-programa externos e internos de harmonia com o disposto no artigo 34.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro;
 - c) Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento da ULS, EPE, nas áreas clínicas e não clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação;
 - d) Definir as políticas referentes aos recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direção e chefia;
 - e) Autorizar a realização de trabalho extraordinário e de prevenção dos trabalhadores da ULS, EPE, bem

- como autorizar o respetivo pagamento, nos termos da lei;
- f) Designar o pessoal para cargos de direção e chefia;
 - g) Aprovar o regulamento disciplinar do pessoal e as condições de prestação e disciplina do trabalho;
 - h) Apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei;
 - i) Aprovar e submeter a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde o regulamento interno e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;
 - j) Decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições aplicáveis;
 - k) Contratar com entidades públicas, privadas e do setor social a prestação de cuidados de saúde, sem prejuízo de acordos de âmbito regional ou nacional estabelecidos com o Serviço Nacional de Saúde para o mesmo efeito;
 - l) Prestar colaboração ao INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, no âmbito do licenciamento de farmácias e armazenistas de medicamentos;
 - m) Desenvolver um processo de contratualização interna com o objetivo de acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pela ULS, EPE, designadamente responsabilizando os diferentes setores pela utilização eficiente dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos da qualidade dos serviços prestados e da garantia da sustentabilidade económico-financeira da instituição;
 - n) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, sem prejuízo das demais competências de outras entidades em matéria de tratamento de reclamações;
 - o) Decidir sobre a admissão e gestão do pessoal;
 - p) Autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis;

- q) Exercer a competência em matéria disciplinar prevista na lei, independentemente da relação jurídica de emprego;
 - r) Acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas;
 - s) Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa da ULS, EPE;
 - t) Tomar as providências necessárias à conservação do património afeto ao desenvolvimento da sua atividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos.
2. Sem prejuízo do disposto no número anterior e em normas especiais, o conselho de administração detém, ainda, as competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direção superior de 1.º grau da administração central do Estado, relativamente aos trabalhadores em regime de contrato de trabalho em funções públicas.
 3. O conselho de administração pode delegar as suas competências nos seus membros ou demais pessoal de direção e chefia, com exceção das previstas nas alíneas a) a m) do n.º 1, definindo em ata os limites e condições do seu exercício.

De acordo com o disposto na Resolução do Conselho de Ministros n.º 10/2015, de 5 de Fevereiro de 2015, são nomeados “ [...] sob proposta dos membros do Governo responsáveis pela áreas das finanças e da saúde, para um mandato de três anos, renovável até ao máximo de três renovações consecutivas [...] Dorinda Maria de Carvalho Gomes Calha (diretora clínica para a área dos cuidados de saúde primários), Joaquim Filomeno Duarte Araújo, Raquel Maria Pinto Bacharel Bilé, Jorge Fernandes Ferreira Gomes (diretor clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares), António José Chaves Miranda (enfermeiro diretor), respetivamente, para os cargos de presidente e de vogais executivos do conselho de administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E., cuja idoneidade, experiência e competências profissionais para o desempenho dos cargos são evidenciadas nas respetivas sinopses curriculares, que constam do anexo à presente resolução e da qual fazem parte integrante.”

4.2. FISCAL ÚNICO

Nos termos do disposto no artigo 15.º, do mesmo Decreto-Lei, o mandato do Fiscal Único deverá observar o seguinte:

1. O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ULS, EPE.
2. O fiscal único é designado por despacho do membro do Governo responsável pelas áreas das finanças, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários ou, quando tal não se mostrar adequado, de entre os revisores oficiais de contas ou sociedades de revisores oficiais de contas inscritos na respetiva lista da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.
3. O disposto no número anterior não prejudica a aplicação da legislação relativa à fiscalização das entidades de interesse público enumeradas no Decreto-Lei n.º 225/2008, de 20 de novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 71/2010, de 18 de junho.
4. O fiscal único não pode ter exercido atividades remuneradas na ULS, EPE, respetiva, ou nas entidades de direito privado por esta participada, nos últimos três anos antes do início das suas funções, e não pode exercer atividades remuneradas na ULS, EPE, ou nas entidades de direito privado acima referidas durante o período de duração do seu mandato, bem como nos três anos subsequentes ao termo das suas funções.
5. O mandato do fiscal único tem a duração de três anos, renovável apenas uma vez.
6. O fiscal único tem um suplente, que observa o disposto nos números anteriores.
7. Cessando o mandato, o fiscal único mantém-se em exercício de funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções.
8. A remuneração do fiscal único é fixada no despacho a que se refere o n.º 2, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e

tendo em conta os critérios de classificação da ULS, EPE, fixadas na Resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público.

As respetivas competências são as previstas no artigo 16.º:

1. O fiscal único tem as competências, os poderes e os deveres estabelecidos na lei e nestes Estatutos.
2. Ao fiscal único compete, especialmente:
 - a) Verificar a regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
 - b) Dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas;
 - c) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
 - d) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
 - e) Propor a realização de auditorias externas quando tal se mostre necessário ou conveniente;
 - f) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
 - g) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- h) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;
- i) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
- j) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado;
- k) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pela ULS, EPE, conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

Ao abrigo do Despacho de Sua Excelência, o Ministro de Estado e das Finanças, de 17 de Maio de 2013:

1. São nomeados para a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE para acompanhar o mandato do Conselho de Administração em curso os seguintes membros:
Fiscal único efetivo: Mariquito, Correia & Associados (SROC n.º 31) representada pelo Dr. António Francisco Escrameia Mariquito, ROC n.º 150, com domicílio profissional na Rua do Visconde Moreira de Rey, n.º 14 Linda-a-Pastora, 2790-447 Queijas; e
Fiscal único suplente: Dr. José Martins Correia, ROC n.º 203

4.3. SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Em conformidade com o disposto no artigo 17.º, do Anexo III, do mesmo Decreto-Lei:

1. Ao serviço de auditoria interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.
2. Ao serviço de auditoria interna compete em especial:
 - a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
 - b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULS, EPE apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
 - c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
 - d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar.
3. A direção do serviço de auditoria interna compete a um auditor interno, que exerce as respetivas funções pelo período de cinco anos, renovável por iguais períodos, até ao limite máximo de três renovações consecutivas ou interpoladas e que é apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores.
4. O auditor interno é recrutado pelo conselho de administração, de entre individualidades que reúnam os seguintes requisitos:
 - a) Qualificação técnica, competências e experiência em auditoria;
 - b) Inscrição no organismo nacional que regule a atividade de auditoria interna.
5. Os técnicos que integrem o serviço de auditoria interna devem possuir curso superior adequado ao exercício das suas funções.
6. Não pode ser recrutado como auditor interno ou técnico do serviço de auditoria interna quem tenha exercido funções de administração na própria ULS, EPE, nos últimos três anos, ou em relação ao qual se verifiquem outras incompatibilidades e impedimentos previstos na lei, sendo aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 414.º-A do Código das Sociedades Comerciais.
7. O auditor interno exerce as respetivas funções a tempo inteiro, de acordo com as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos.
8. O conselho de administração comunica à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), à Administração Regional de Saúde respetiva, à Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTF), à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e à Inspeção-Geral de Finanças (IGF) a identidade do auditor interno e as datas do início e do termo de funções.
9. A não renovação ou cessação antecipada de funções do auditor interno ocorre por deliberação fundamentada do conselho de administração, precedida de comunicação ao membro do Governo responsável pela área da saúde, ou a quem, para o efeito, detenha poderes delegados.
10. A retribuição mensal ilíquida do auditor interno, incluindo suplementos remuneratórios, não pode ser superior a 85% do vencimento mensal ilíquido estabelecido para o vogal do conselho de administração.
11. No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, IP, a Administração Regional de Saúde respetiva e a IGAS.

12. O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo conselho de administração às entidades referidas no n.º 8, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.
13. O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho de administração.

14. No sentido de obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, o serviço de auditoria interna tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal da ULS, EPE, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes.

4.4. CONSELHO CONSULTIVO

De acordo com o disposto no artigo 19.º:

1. O conselho consultivo tem a seguinte composição:
 - a) Uma personalidade de reconhecido mérito, nomeada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, que preside;
 - b) Um representante da associação de municípios da sua área de referência primária;
 - c) Um representante das comunidades intermunicipais da sua área de referência primária;
 - d) Um representante da respetiva administração regional de saúde;
 - e) Um representante dos utentes, designado pela respetiva associação ou por equivalente estrutura de representação;
 - f) Um representante das escolas ou agrupamentos de escolas, designado pelo diretor regional de educação;
 - g) Um representante das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) instaladas na área territorial da competência de cada ULS, EPE, a indicar pela Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, à qual compete providenciar pela efetiva representação de todas as CPCJ e a correspondente comunicação e articulação;
 - h) Um representante dos prestadores de trabalho voluntário na ULS, EPE, entre estes eleito, quando existam;
 - i) O Delegado de Saúde regional;
 - j) Dois profissionais de saúde, sem vínculo à ULS, EPE, designados pelo conselho de administração.
2. Compete ao presidente do conselho consultivo promover a designação dos respetivos membros.
3. Os membros do conselho de administração e o fiscal único podem ter assento no conselho consultivo, sem direito de voto.

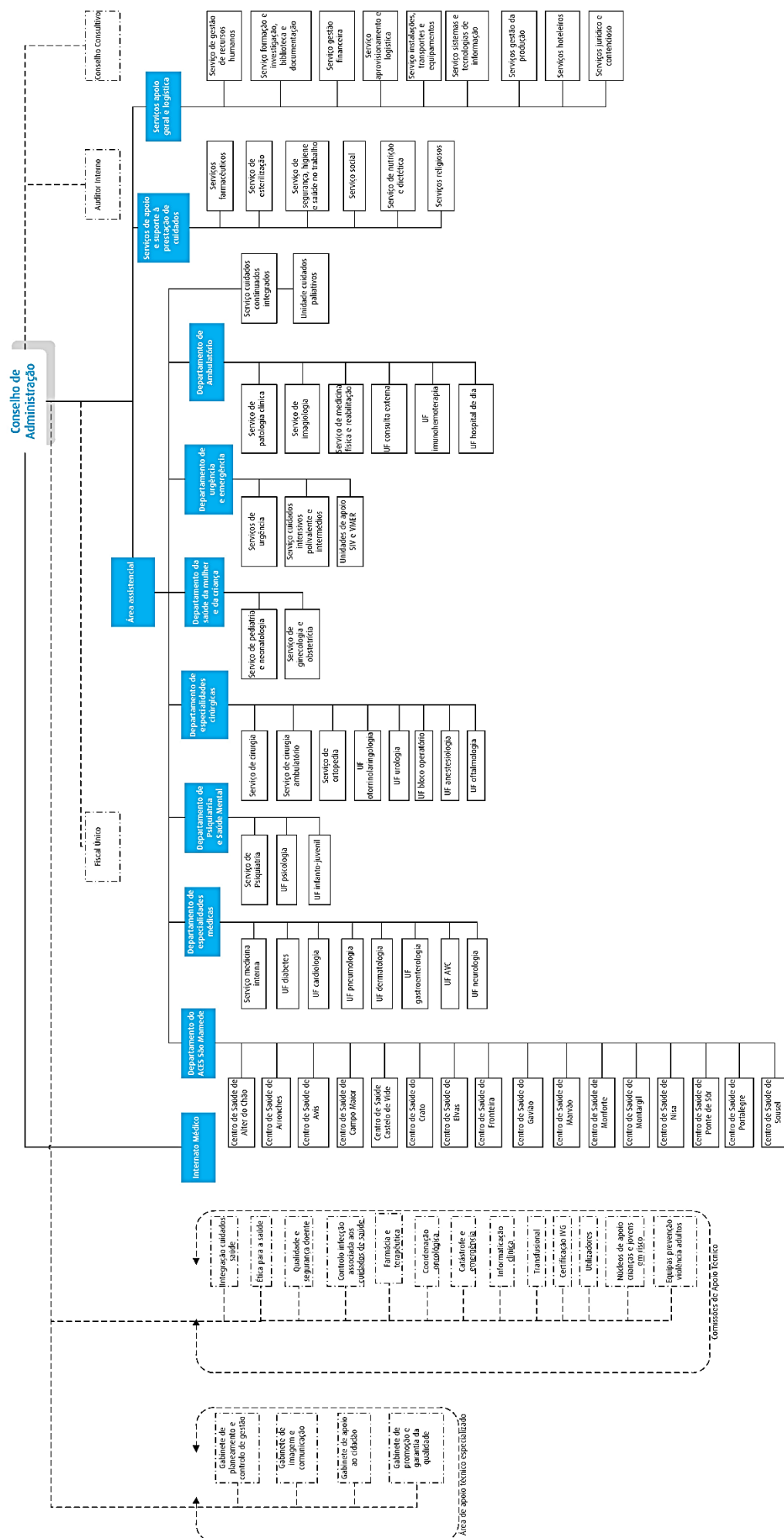
4. O mandato dos membros do conselho consultivo tem a duração de três anos, sem prejuízo da possibilidade da sua substituição, a todo o tempo, pelas entidades que os designaram ou elegeram.
5. O exercício do cargo de membro do conselho consultivo não é remunerado, sendo as ajudas de custo a que houver lugar suportadas pelos organismos públicos que designaram os seus representantes e, nos restantes casos, suportadas pela ULS, EPE.

As respetivas competências são as previstas no artigo 20.º:

Compete ao conselho consultivo:

- a) Propor o desenvolvimento de estratégias de intervenção conjuntas e concertadas entre a ULS, EPE, e outros parceiros locais e comunitários com responsabilidade política e social no âmbito da saúde, nomeadamente promoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção da doença e reintegração dos utentes na comunidade;
- b) Analisar os fatores sociais preponderantes que influenciam o estado de saúde da população e propor ações de intervenção da ULS, EPE, junto da comunidade, concertadas com outras organizações locais;
- c) Apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual;
- d) Apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento das atividades da ULS, EPE;
- e) Emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

Figura 2 – Organograma



CAPÍTULO III

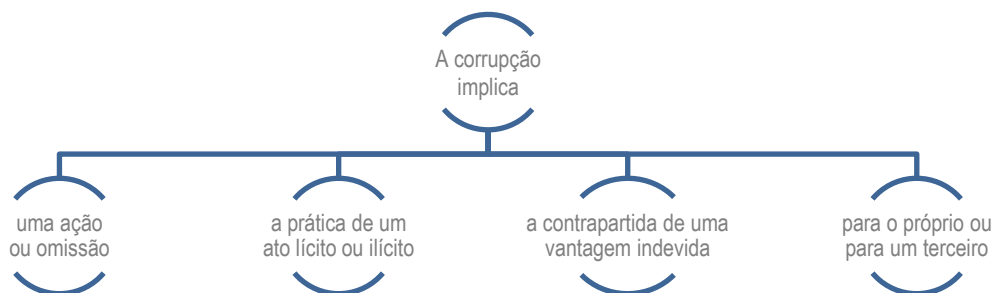
ENQUADRAMENTO NORMATIVO E CONCEPTUAL

6. CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.1. CONCEITOS

O Gabinete para as Relações Internacionais, Europeias e de Cooperação do Ministério da Justiça (GRIEC), publicou, em Janeiro de 2007, um Guia Explicativo sobre a Corrupção e Crimes Conexos, onde define a corrupção como “a prática de um qualquer ato ou a sua omissão, seja lícito ou ilícito, contra o recebimento ou a promessa de uma qualquer compensação que não seja devida, para o próprio ou para terceiro.”

Figura 3 – Elementos do crime de corrupção



Fonte: Adaptado do Guia Explicativo sobre a Corrupção e Crimes Conexos do GRIEC

A definição de corrupção, enquanto crime, consta do Código Penal ^[5] e de legislação avulsa. Estão previstos na Lei diferentes tipos de corrupção bem como outros crimes igualmente prejudiciais ao bom funcionamento das Instituições, dos quais se destacam aqueles que poderão ocorrer no exercício de funções públicas.

Exige-se, hoje, não só que a Administração procure a realização dos interesses públicos, tomando as decisões mais adequadas e eficientes para a realização harmónica dos interesses envolvidos, mas que o faça de forma clara e transparente, para que tais decisões possam ser sindicáveis pelos cidadãos.

6.2. CRIMES DE CORRUPÇÃO

Artigo 372.º – Recebimento indevido de vantagem

1. O funcionário que, no exercício das suas funções ou por causa delas, por si, ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, que não lhe seja devida, é punido com pena de prisão até cinco anos ou com pena de multa até 600 dias.
2. Quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, der ou prometer a funcionário, ou a terceiro por indicação ou conhecimento daquele, vantagem patrimonial ou não patrimonial, que não lhe seja devida, no exercício das suas funções ou por causa delas, é punido com pena de prisão até três anos ou com pena de multa até 360 dias.
3. Excluem-se dos números anteriores as condutas socialmente adequadas e conformes aos usos e costumes.

Artigo 373.º – Corrupção passiva

1. O funcionário que por si, ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar,

para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para a prática de um qualquer ato ou omissão contrários aos deveres do cargo, ainda que anteriores àquela solicitação ou aceitação, é punido com pena de prisão de um a oito anos.

2. Se o ato ou omissão não forem contrários aos deveres do cargo e a vantagem não lhe for devida, o agente é punido com pena de prisão de um a cinco anos.

Artigo 374.º – Corrupção ativa

1. Quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, der ou prometer a funcionário, ou a terceiro por indicação ou com conhecimento daquele, vantagem patrimonial ou não patrimonial com o fim indicado no n.º 1 do artigo 373.º, é punido com pena de prisão de um a cinco anos.
2. Se o fim for o indicado no n.º 2 do artigo 373.º, o agente é punido com pena de prisão até três anos ou com pena de multa até 360 dias.
3. A tentativa é punível.

⁵ Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro, sucessivamente alterado.

6.3. INFRAÇÕES CONEXAS

Artigo 335.º – Tráfico de influência

1. Quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para abusar da sua influência, real ou suposta, junto de qualquer entidade pública, é punido:
 - a) Com pena de prisão de 1 a 5 anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal, se o fim for o de obter uma qualquer decisão ilícita favorável;
 - b) Com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal, se o fim for o de obter uma qualquer decisão lícita favorável.
2. Quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, der ou prometer vantagem patrimonial ou não patrimonial às pessoas referidas no número anterior para os fins previstos na alínea a) é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.

Artigo 375.º – Peculato

1. O funcionário que ilegítimamente se apropriar, em proveito próprio ou de outra pessoa, de dinheiro ou qualquer coisa móvel ou imóvel, pública ou particular, que lhe tenha sido entregue, esteja na sua posse ou lhe seja acessível em razão das suas funções, é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.
2. Se os valores ou objetos referidos no número anterior forem de diminuto valor, nos termos da alínea c) do artigo 202.º, o agente é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.
3. Se o funcionário der de empréstimo, empenhar ou, de qualquer forma, onerar valores ou objetos referidos no n.º 1, é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

Artigo 376.º – Peculato de uso

1. O funcionário que fizer uso ou permitir que outra pessoa faça uso, para fins alheios àqueles a que se destinem, de coisa imóvel, de veículos ou de outras coisas móveis de valor apreciável, públicos ou particulares, que lhe forem entregues, estiverem na sua posse ou lhe forem acessíveis em razão das suas funções, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias.
2. Se o funcionário, sem que especiais razões de interesse público o justifiquem, der a dinheiro público destino para uso público diferente daquele a que está legalmente afetado, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias.

Artigo 377.º – Participação económica em negócio

1. O funcionário que, com intenção de obter, para si ou para terceiro, participação económica ilícita, lesar em negócio jurídico os interesses patrimoniais que, no todo ou em parte, lhe cumpre, em razão da sua função, administrar, fiscalizar, defender ou realizar, é punido com pena de prisão até 5 anos.

2. O funcionário que, por qualquer forma, receber, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial por efeito de ato jurídico-civil relativo a interesses de que tinha, por força das suas funções, no momento do ato, total ou parcialmente, a disposição, administração ou fiscalização, ainda que sem os lesar, é punido com pena de prisão até 6 meses ou com pena de multa até 60 dias.
3. A pena prevista no número anterior é também aplicável ao funcionário que receber, para si ou para terceiro, por qualquer forma, vantagem patrimonial por efeito de cobrança, arrecadação, liquidação ou pagamento que, por força das suas funções, total ou parcialmente, esteja encarregado de ordenar ou fazer, posto que não se verifique prejuízo para a Fazenda Pública ou para os interesses que lhe estão confiados.

Artigo 379.º – Concussão

1. O funcionário que, no exercício das suas funções ou de poderes de facto delas decorrentes, por si ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, receber, para si, para o Estado ou para terceiro, mediante indução em erro ou aproveitamento de erro da vítima, vantagem patrimonial que lhe não seja devida, ou seja superior à devida, nomeadamente contribuição, taxa, emolumento, multa ou coima, é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.
2. Se o facto for praticado por meio de violência ou ameaça com mal importante, o agente é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

Artigo 382.º – Abuso de poder

O funcionário que, fora dos casos previstos nos artigos anteriores, abusar de poderes ou violar deveres inerentes às suas funções, com intenção de obter, para si ou para terceiro, benefício ilegítimo ou causar prejuízo a outra pessoa, é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

Artigo 383.º – Violação de segredo por funcionário

1. O funcionário que, sem estar devidamente autorizado, revelar segredo de que tenha tomado conhecimento ou que lhe tenha sido confiado no exercício das suas funções, ou cujo conhecimento lhe tenha sido facilitado pelo cargo que exerce, com intenção de obter, para si ou para outra pessoa, benefício, ou com a consciência de causar prejuízo ao interesse público ou a terceiros, é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.
2. Se o funcionário praticar o facto previsto no número anterior criando perigo para a vida ou para a integridade física de outrem ou para bens patrimoniais alheios de valor elevado é punido com pena de prisão de um a cinco anos.
3. O procedimento criminal depende de participação da entidade que superintender no respetivo serviço ou de queixa do ofendido.

7. CONFLITOS DE INTERESSES

7.1. RECOMENDAÇÃO DO CPC N.º 5/2012, DE 7 DE NOVEMBRO

1. As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais;
2. A fim de facilitar o cumprimento desta Recomendação, é aprovado o texto de referência em anexo sob o título *Conflitos de Interesses no Setor Público*, que desta faz parte integrante;
3. Todas as entidades destinatárias da presente Recomendação devem incluir nos seus relatórios sobre a execução dos planos de prevenção de riscos uma referência sobre a gestão de conflitos de interesses.

Enquadramento e Noções de Conflitos de Interesses

A questão dos conflitos de interesses no setor público, a par da problemática da corrupção, com a qual apresenta uma relação direta, tem vindo a assumir um lugar de destaque em Portugal e na Comunidade Internacional.

Na linha das noções que têm sido apresentadas pelos principais organismos internacionais, como a ONU, a OCDE e o GRECO^[6] (Conselho da Europa), o conflito de interesses no setor público pode ser definido como qualquer situação em que um agente público, por força do exercício das suas funções, ou por causa delas, tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza, que possam afetar, ou em que possam estar em causa, interesses particulares seus ou de terceiros e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas, ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas.

Podem igualmente ser geradoras de conflito de interesses, situações que envolvam trabalhadores que deixaram o cargo público para assumirem funções privadas, como trabalhadores, consultores ou outras, porque participaram, direta ou indiretamente, em decisões que envolveram a entidade privada na qual ingressaram, ou tiveram acesso a informação privilegiada com interesse para essa entidade privada ou, também, porque podem ainda ter influência na entidade pública onde exerceram funções, através de ex-colaboradores.

A emergência destas questões nos anos mais recentes tem derivado sobretudo da forma como tem evoluído a relação entre o cidadão e o Estado e, correlativamente, os modelos de organização e gestão das entidades da Administração Pública. Tem sido neste contexto evolutivo que têm vindo a adquirir particular relevo questões como a ética no serviço público, a transparência nos procedimentos, o acesso à informação, bem

assim como a eficácia, a eficiência e até a economia na ação administrativa.

A interiorização destes conceitos tem-se traduzido numa mudança de valores e estilo no funcionamento dos Serviços Públicos relativamente a vertentes tão importantes como a cultura organizacional, a prestação de contas e o relacionamento com o cidadão e com a sociedade.

As reflexões e os estudos que as organizações internacionais têm promovido procuram aprofundar o conhecimento sobre esta problemática e as suas diversas dimensões, com o objetivo de identificar e caracterizar as principais áreas de risco e a produção de recomendações dirigidas aos Estados no sentido de os incentivar a adotar políticas tendentes ao controlo, redução e prevenção de tais riscos.

Portugal tem acompanhado naturalmente este processo, designadamente através da criação e aplicação de um quadro legal que corresponda ao sentido e alcance de tais recomendações, com o intuito de prevenir a ocorrência de situações de risco desta natureza.

Quadro Legal

O ordenamento jurídico português dispõe de instrumentos normativos que contemplam o controlo dos conflitos de interesses, de que se destacam os seguintes:

- Constituição da República Portuguesa^[7] relativamente à responsabilidade, aos estatutos e ao regime dos funcionários da Administração Pública;
- Código do Procedimento Administrativo;^[8]
- Regime de incompatibilidades do pessoal de livre designação por titulares de cargos políticos (Decreto-Lei n.º 11/2012, de 20 de janeiro);
- Regime jurídico de incompatibilidades e impedimentos dos titulares de cargos políticos e altos cargos públicos (Lei n.º 64/93, de 26 de agosto, com as alterações posteriores);^[9]
- Estatuto do pessoal dirigente dos serviços e organismos da Administração central, regional e local do Estado (Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, com as alterações posteriores, republicada pela Lei n.º 64/2011, de 22 de dezembro);^[10]
- Estatuto do gestor público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, com as alterações posteriores, republicado pela Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro);^[11] ^[12]
- Regime de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exerçam funções públicas (Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, com as alterações posteriores);^[13]

⁶ Groupe d'Etats Contre la Corruption: www.coe.int/greco

⁷ Com as alterações posteriores, republicada pela Lei n.º 1/2005, de 12 de Agosto.

⁸ O Decreto-Lei n.º 4 de 2015, de 7 de Janeiro, aprova o novo Código do Procedimento Administrativo.

⁹ Alterado pela Lei n.º 39-B/94, de 27 de Dezembro, Lei n.º 28/95, de 26 de Agosto, Lei n.º 12/96, de 18 de Abril, Lei n.º 42/96, de 31 de Agosto, Lei n.º 12/98, de 24 de Fevereiro, Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março e Lei Orgânica n.º 1/2011, de 30 de Novembro.

¹⁰ Alterado pelas Leis n.º 68/2013, de 29 de Agosto e n.º 128/2015, de 3 de Setembro.

¹¹ Onde se lê "republicado pela Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro" deverá ser lido "republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro".

¹² Alterado pela Declaração de Retificação 2/2012, de 25 de Janeiro e Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de Julho.

¹³ Revogada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de Junho, alterada pela Declaração de Retificação n.º 37-A/2014, de 19 de Agosto, Lei n.º 82-B/2014, de 31 de Dezembro, Lei n.º 84/2015, de 7 de Agosto e Lei n.º 18/2016, de 20 de Junho.

- *Estatuto disciplinar dos trabalhadores que exercem funções públicas (Lei n.º 58/2008, de 9 de setembro).*^[14]

Justifica-se também que se convoquem os princípios consagrados na «Carta Ética da Administração Pública – Dez princípios éticos da Administração Pública»^[15], assumindo aqui particular relevância os princípios do serviço público, da legalidade, da justiça, da imparcialidade, da lealdade e da integridade.

Relativamente ao quadro legal referido e às medidas nele preconizadas, importa referir que no âmbito da avaliação realizada ao nosso país entre 2006 e 2008, o GRECO considerou que Portugal se encontra munido de um conjunto satisfatório de normas e de medidas que acautelam os riscos associados a situações de conflitos de interesses.

Linhas Orientadoras de Gestão

Tendo em conta a importância e atualidade da matéria dos conflitos de interesses no Setor Público, incluindo o período que sucede ao exercício de funções públicas, o Conselho de Prevenção da Corrupção considera fundamental reforçar o sentido e o alcance de medidas tendentes a uma cultura administrativa de rigor e transparência neste domínio.

Neste sentido, o Conselho de Prevenção da Corrupção recomenda que os gestores e órgãos de direção de todas as entidades do Setor Público, incluindo os que a qualquer título ou sob qualquer forma tenham de gerir dinheiros, valores ou património públicos, criem e apliquem nas suas organizações medidas que previnam a ocorrência de conflitos de interesses, tais como:

1. Manuais de boas práticas e códigos de conduta relativamente a todas as áreas de atuação, incluindo o período que sucede ao exercício de funções públicas, em conformidade com o quadro legal e os valores éticos da organização;
2. Identificação de potenciais situações de conflitos de interesses relativamente a cada área funcional da sua estrutura orgânica;
3. Identificação de situações que possam dar origem a um conflito real, aparente ou potencial de interesses que envolvam trabalhadores que deixaram o cargo público para exercerem funções privadas como trabalhadores, consultores ou outras;
4. Promoção de medidas adequadas a prevenir e gerir conflitos de interesses relativamente a situações que envolvam trabalhadores que aceitem cargos em

entidades privadas que foram abrangidas por decisões em que, direta ou indiretamente, aqueles participaram no exercício de funções públicas, ou porque, por via desse exercício, tiveram acesso a informação privilegiada com interesse para a entidade privada ou, ainda, que possam ter influência na entidade pública onde exerceram funções, através de ex-colaboradores;

5. Identificação e caracterização de áreas de risco, designadamente as que resultem das situações de acumulação de funções, cujo tratamento deve ser efetuado no âmbito e nos mesmos termos do Plano de Corrupção e infrações conexas;
6. Identificação das situações concretas de conflitos de interesses e respetiva sanção aplicável aos infratores, em conformidade com o quadro punitivo existente;
7. Promoção de uma cultura organizacional na qual impere forte intolância relativamente às situações de conflitos de interesses;
8. Promoção da responsabilidade individual de todos os trabalhadores, reconhecendo e destacando as boas práticas e os bons exemplos de serviço público e promovendo atitudes ativas de recusa de contacto e processamento relativamente a procedimentos administrativos em que, sob qualquer forma, tenham um interesse, ainda que através de terceiro;
9. Desenvolvimento de ações de formação profissional de reflexão e sensibilização sobre esta temática, junto de todos os trabalhadores dos serviços;
10. Subscrição, por todos os trabalhadores, de declarações de inexistência de conflitos de interesse relativamente a cada procedimento que lhe seja confiado no âmbito das suas funções e no qual, de algum modo, tenha influência;
11. Subscrição, por todos os funcionários que se encontrem em regime de acumulação de funções, de uma declaração atualizada em que assumam de forma inequívoca que as funções acumuladas não colidem sob forma alguma com as funções públicas que exercem, nem colocam em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação;
12. Declarações relativas a ofertas no exercício das funções;
13. Promoção de mecanismos de monitorização da aplicação destas medidas, bem como do respetivo sancionamento.

¹⁴ Vide nota anterior.

¹⁵ Publicada em anexo no Boletim dos Registos e do Notariado, n.º 7, de Julho de 2002, que define os dez princípios éticos da Administração Pública.

7.2. INSTRUMENTOS NORMATIVOS DE CONTROLO DOS CONFLITOS DE INTERESSES

7.2.1. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA

Artigo 266.º – Princípios fundamentais

1. A Administração Pública visa a prossecução do interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.
2. Os órgãos e agentes administrativos estão subordinados à Constituição e à lei e devem atuar, no exercício das suas funções, com respeito pelos princípios da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da boa-fé.

Artigo 269.º – Regime da função pública

1. No exercício das suas funções, os trabalhadores da Administração Pública e demais agentes do Estado e outras entidades públicas estão exclusivamente ao serviço do interesse público, tal como é definido, nos termos da lei, pelos órgãos competentes da Administração.
2. Os trabalhadores da Administração Pública e demais agentes do Estado e outras entidades públicas não podem ser prejudicados ou beneficiados em virtude do exercício de quaisquer direitos políticos previstos na Constituição, nomeadamente por opção partidária.
3. Em processo disciplinar são garantidas ao arguido a sua audiência e defesa.

4. Não é permitida a acumulação de empregos ou cargos públicos, salvo nos casos expressamente admitidos por lei.
5. A lei determina as incompatibilidades entre o exercício de empregos ou cargos públicos e o de outras atividades.

Artigo 271.º – Responsabilidade dos funcionários/agentes:

1. Os funcionários e agentes do Estado e das demais entidades públicas são responsáveis civil, criminal e disciplinarmente pelas ações ou omissões praticadas no exercício das suas funções e por causa desse exercício de que resulte violação dos direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, não dependendo a ação ou procedimento, em qualquer fase, de autorização hierárquica.
2. É excluída a responsabilidade do funcionário ou agente que atue no cumprimento de ordens ou instruções emanadas de legítimo superior hierárquico e em matéria de serviço, se previamente delas tiver reclamado ou tiver exigido a sua transmissão ou confirmação por escrito.
3. Cessa o dever de obediência sempre que o cumprimento das ordens ou instruções implique a prática de qualquer crime.
4. A lei regula os termos em que o Estado e as demais entidades públicas têm direito de regresso contra os titulares dos seus órgãos, funcionários e agentes.

7.2.2. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

7.2.2.1. PRINCÍPIOS GERAIS DA ATIVIDADE ADMINISTRATIVA

O Código do Procedimento Administrativo estabelece, no Capítulo II, da Parte I, os princípios gerais da atividade administrativa, sendo no contexto em apreço, de relevar os seguintes:

Artigo 3.º – Princípio da legalidade

1. Os órgãos da Administração Pública devem atuar em obediência à lei e ao direito, dentro dos limites dos poderes que lhes forem conferidos e em conformidade com os respetivos fins.
2. Os atos administrativos praticados em estado de necessidade, com preterição das regras estabelecidas no presente Código, são válidos, desde que os seus resultados não pudessem ter sido alcançados de outro modo, mas os lesados têm o direito de ser indemnizados nos termos gerais da responsabilidade da Administração.

Artigo 4.º – Princípio da prossecução do interesse público e da proteção dos direitos e interesses dos cidadãos

Compete aos órgãos da Administração Pública prosseguir o interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

Artigo 5.º – Princípio da boa administração

1. A Administração Pública deve pautar-se por critérios de eficiência, economicidade e celeridade.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, a Administração Pública deve ser organizada de modo a aproximar os serviços das populações e de forma não burocratizada.

Artigo 6.º – Princípio da igualdade

Nas suas relações com os particulares, a Administração Pública deve reger-se pelo princípio da igualdade, não podendo privilegiar, beneficiar, prejudicar, privar de qualquer direito ou isentar de qualquer dever ninguém em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

Artigo 7.º – Princípio da proporcionalidade

1. Na prossecução do interesse público, a Administração Pública deve adotar os comportamentos adequados aos fins prosseguidos.
2. As decisões da Administração que colidam com direitos subjetivos ou interesses legalmente protegidos dos particulares só podem afetar essas posições na medida do necessário e em termos proporcionais aos objetivos a realizar.

Artigo 8.º – Princípios da justiça e da razoabilidade

A Administração Pública deve tratar de forma justa todos aqueles que com ela entrem em relação, e rejeitar as soluções manifestamente desrazoáveis ou incompatíveis com a ideia de Direito, nomeadamente em matéria de interpretação das normas jurídicas e das valorações próprias do exercício da função administrativa.

Artigo 9.º – Princípio da imparcialidade

A Administração Pública deve tratar de forma imparcial aqueles que com ela entrem em relação, designadamente, considerando com objetividade todos e apenas os interesses relevantes no contexto decisório e adotando as soluções organizatórias e procedimentais indispensáveis à preservação da isenção administrativa e à confiança nessa isenção.

Artigo 10.º – Princípio da boa-fé

1. No exercício da atividade administrativa e em todas as suas formas e fases, a Administração Pública e os particulares devem agir e relacionar-se segundo as regras da boa-fé.
2. No cumprimento do disposto no número anterior, devem ponderar-se os valores fundamentais do Direito relevantes em face das situações consideradas, e, em especial, a confiança suscitada na contraparte pela atuação em causa e o objetivo a alcançar com a atuação empreendida.

Artigo 14.º – Princípios aplicáveis à administração eletrónica

1. Os órgãos e serviços da Administração Pública devem utilizar meios eletrónicos no desempenho da sua atividade, de modo a promover a eficiência e a transparência administrativas e a proximidade com os interessados.
2. Os meios eletrónicos utilizados devem garantir a disponibilidade, o acesso, a integridade, a autenticidade, a confidencialidade, a conservação e a segurança da informação.
3. A utilização de meios eletrónicos, dentro dos limites estabelecidos na Constituição e na lei, está sujeita às garantias previstas no presente Código e aos princípios gerais da atividade administrativa.
4. Os serviços administrativos devem disponibilizar meios eletrónicos de relacionamento com a Administração Pública e divulgá-los de forma adequada, de modo a que os interessados os possam utilizar no exercício dos seus direitos e interesses legalmente protegidos, designadamente para formular as suas pretensões, obter e prestar informações, realizar consultas, apresentar alegações, efetuar pagamentos e impugnar atos administrativos.
5. Os interessados têm direito à igualdade no acesso aos serviços da Administração, não podendo, em caso algum, o uso de meios eletrónicos implicar restrições ou discriminações não previstas para os que se relacionem com a Administração por meios não eletrónicos.
6. O disposto no número anterior não prejudica a adoção de medidas de diferenciação positiva para a utilização, pelos interessados, de meios eletrónicos no relacionamento com a Administração Pública.

7.2.2.2. DELEGAÇÃO DE PODERES

Artigo 44.º – Delegação de poderes

1. Os órgãos administrativos normalmente competentes para decidir em determinada matéria podem, sempre que para tal estejam habilitados por lei, permitir, através de um ato de delegação de poderes, que outro órgão ou agente da mesma pessoa coletiva ou outro órgão de diferente pessoa coletiva pratique atos administrativos sobre a mesma matéria.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, considera-se agente aquele que, a qualquer título, exerça funções públicas ao serviço da pessoa coletiva, em regime de subordinação jurídica.
3. Mediante um ato de delegação de poderes, os órgãos competentes para decidir em determinada matéria podem sempre permitir que o seu imediato inferior hierárquico, adjunto ou substituto pratiquem atos de administração ordinária nessa matéria.

4. O disposto no número anterior vale igualmente para a delegação de poderes dos órgãos colegiais nos respetivos presidentes, salvo havendo lei de habilitação específica que estabeleça uma particular repartição de competências entre os diversos órgãos.
5. Os atos praticados ao abrigo de delegação ou subdelegação de poderes valem como se tivessem sido praticados pelo delegante ou subdelegante.

Artigo 45.º – Poderes indelegáveis

Não podem ser objeto de delegação, designadamente:

- a) A globalidade dos poderes do delegante;
- b) Os poderes suscetíveis de serem exercidos sobre o próprio delegado;
- c) Poderes a exercer pelo delegado fora do âmbito da respetiva competência territorial.

7.2.2.3. GARANTIAS DE IMPARCIALIDADE

Artigo 69.º – Casos de impedimento

1. Salvo o disposto no n.º 2, os titulares de órgãos da Administração Pública e os respetivos agentes, bem como quaisquer outras entidades que, independentemente da sua natureza, se encontrem no exercício de poderes públicos, não podem intervir em procedimento administrativo ou em ato ou contrato de direito público ou privado da Administração Pública, nos seguintes casos:
 - a) Quando nele tenham interesse, por si, como representantes ou como gestores de negócios de outra pessoa;
 - b) Quando, por si ou como representantes ou gestores de negócios de outra pessoa, nele tenham interesse o seu cônjuge ou pessoa com quem viva em condições análogas às dos cônjuges, algum parente ou afim em linha reta ou até ao segundo grau da linha colateral, bem como qualquer pessoa com quem vivam em economia comum ou com a qual tenham uma relação de adoção, tutela ou apadrinhamento civil;
 - c) Quando, por si ou como representantes ou gestores de negócios de outra pessoa, tenham interesse em questão semelhante à que deva ser decidida, ou quando tal situação se verifique em relação a pessoa abrangida pela alínea anterior;
 - d) Quando tenham intervindo no procedimento como perito ou mandatário ou hajam dado parecer sobre questão a resolver;
 - e) Quando tenha intervindo no procedimento como perito ou mandatário o seu cônjuge ou pessoa com quem viva em condições análogas às dos cônjuges, parente ou afim em linha reta ou até ao segundo grau da linha colateral, bem como qualquer pessoa com quem vivam em economia comum ou com a qual tenham uma relação de adoção, tutela ou apadrinhamento civil;
 - f) Quando se trate de recurso de decisão proferida por si, ou com a sua intervenção, ou proferida por

qualquer das pessoas referidas na alínea b) ou com intervenção destas.

2. Excluem-se do disposto no número anterior:
 - a) As intervenções que se traduzam em atos de mero expediente, designadamente atos certificativos;
 - b) A emissão de parecer, na qualidade de membro do órgão colegial competente para a decisão final, quando tal formalidade seja requerida pelas normas aplicáveis;
 - c) A pronúncia do autor do ato recorrido, nos termos do n.º 2 do artigo 195.º^[16]
3. Sob pena das sanções cominadas pelos n.ºs 1 e 3 do artigo 76.º, não pode haver lugar, no âmbito do procedimento administrativo, à prestação de serviços de consultoria, ou outros, a favor do responsável pela respetiva direção ou de quaisquer sujeitos públicos da relação jurídica procedimental, por parte de entidades relativamente às quais se verifique qualquer das situações previstas no n.º 1, ou que hajam prestado serviços, há menos de três anos, a qualquer dos sujeitos privados participantes na relação jurídica procedimental.
4. As entidades prestadoras de serviços no âmbito de um procedimento devem juntar uma declaração de que se não encontram abrangidas pela previsão do número anterior.
5. Sempre que a situação de incompatibilidade prevista no n.º 3 ocorrer já após o início do procedimento, deve a entidade prestadora de serviços comunicar desde logo o facto ao responsável pela direção do procedimento e cessar toda a sua atividade relacionada com o mesmo.

Artigo 70.º – Arguição e declaração do impedimento

1. Quando se verifique causa de impedimento em relação a qualquer titular de órgão ou agente da Administração Pública, deve o mesmo comunicar desde logo o facto ao respetivo superior hierárquico ou ao presidente do órgão colegial, consoante os casos.
2. Quando a causa de impedimento incidir sobre outras entidades que, sem a natureza daquelas a quem se refere o n.º 1, se encontrem no exercício de poderes

¹⁶ “No mesmo prazo referido no número anterior, ou no prazo de 30 dias, quando houver contrainteressados, deve o autor do ato ou da omissão pronunciar-se sobre o recurso e remetê-lo ao órgão competente para dele conhecer, notificando o recorrente da remessa do processo administrativo.”

públicos, devem as mesmas comunicar desde logo o facto a quem tenha o poder de proceder à respetiva substituição.

3. *Até ser proferida a decisão definitiva ou praticado o ato, qualquer interessado pode requerer a declaração do impedimento, especificando as circunstâncias de facto que constituam a sua causa.*
4. *Compete ao superior hierárquico ou ao presidente do órgão colegial conhecer da existência do impedimento e declará-lo, ouvindo, se considerar necessário, o titular do órgão ou agente.*
5. *Tratando-se do impedimento do presidente do órgão colegial, a decisão do incidente compete ao próprio órgão, sem intervenção do presidente.*
6. *O disposto nos n.ºs 3 a 5 aplica-se, com as necessárias adaptações, às situações referidas no n.º 2.*

Artigo 71.º – Efeitos da arguição do impedimento

1. *O titular do órgão ou agente ou outra qualquer entidade no exercício de poderes públicos devem suspender a sua atividade no procedimento, logo que façam a comunicação a que se refere o n.º 1 do artigo anterior ou tenham conhecimento do requerimento a que se refere o n.º 3 do mesmo preceito, até à decisão do incidente, salvo determinação em contrário de quem tenha o poder de proceder à respetiva substituição.*
2. *Os impedidos nos termos do artigo 69.º devem tomar todas as medidas que forem inadiáveis em caso de urgência ou de perigo, as quais carecem, todavia, de ratificação pela entidade que os substituir.*

Artigo 72.º – Efeitos da declaração do impedimento

1. *Declarado o impedimento, é o impedido imediatamente substituído no procedimento pelo respetivo suplente, salvo se houver avocação pelo órgão competente para o efeito.*
2. *Tratando-se de órgão colegial, se não houver ou não puder ser designado suplente, o órgão funciona sem o membro impedido.*

Artigo 73.º – Fundamento da escusa e suspeição

1. *Os titulares de órgãos da Administração Pública e respetivos agentes, bem como quaisquer outras entidades que, independentemente da sua natureza, se encontrem no exercício de poderes públicos devem pedir dispensa de intervir no procedimento ou em ato ou contrato de direito público ou privado da Administração Pública quando ocorra circunstância pela qual se possa com razoabilidade duvidar seriamente da imparcialidade da sua conduta ou decisão e, designadamente:*
 - a) *Quando, por si ou como representante ou gestor de negócios de outra pessoa, nele tenha interesse parente ou afim em linha reta ou até ao terceiro grau da linha colateral, ou tutelado ou curatelado dele, do seu cônjuge ou de pessoa com quem viva em condições análogas às dos cônjuges;*
 - b) *Quando o titular do órgão ou agente, o seu cônjuge ou pessoa com quem viva em condições análogas às dos cônjuges, ou algum parente ou afim na linha reta, for credor ou devedor de pessoa singular ou coletiva com interesse direto no procedimento, ato ou contrato;*
 - c) *Quando tenha havido lugar ao recebimento de dádivas, antes ou depois de instaurado o procedimento, pelo titular do órgão ou agente, seu cônjuge ou pessoa com quem viva em condições*

análogas às dos cônjuges, parente ou afim na linha reta;

- d) *Se houver inimizade grave ou grande intimidade entre o titular do órgão ou agente, ou o seu cônjuge ou pessoa com quem viva em condições análogas às dos cônjuges, e a pessoa com interesse direto no procedimento, ato ou contrato;*
 - e) *Quando penda em juízo ação em que sejam parte o titular do órgão ou agente, o seu cônjuge ou pessoa com quem viva em condições análogas às dos cônjuges, parente em linha reta ou pessoa com quem viva em economia comum, de um lado, e, do outro, o interessado, o seu cônjuge ou pessoa com quem viva em condições análogas às dos cônjuges, parente em linha reta ou pessoa com quem viva em economia comum.*
2. *Com fundamento semelhante, pode qualquer interessado na relação jurídica procedimental deduzir suspeição quanto a titulares de órgãos da Administração Pública, respetivos agentes ou outras entidades no exercício de poderes públicos que intervenham no procedimento, ato ou contrato.*

Artigo 74.º – Formulação do pedido

1. *Nos casos previstos no artigo anterior, o pedido deve ser dirigido à entidade competente para dele conhecer, indicando com precisão os factos que o justifiquem.*
2. *O pedido do titular do órgão ou agente só é formulado por escrito quando assim for determinado pela entidade a quem for dirigido.*
3. *Quando o pedido seja formulado por interessado na relação jurídica procedimental, é sempre ouvido o titular do órgão ou o agente visado.*
4. *Os pedidos devem ser formulados logo que haja conhecimento da circunstância que determina a escusa ou a suspeição.*

Artigo 75.º – Decisão sobre a escusa ou suspeição

1. *A competência para decidir da escusa ou suspeição é deferida nos termos referidos nos n.ºs 4 a 6 do artigo 70.º*
2. *A decisão deve ser proferida no prazo de oito dias.*
3. *Sendo reconhecida procedência ao pedido, é observado o disposto nos artigos 71.º e 72.º*

Artigo 76.º – Sanções

1. *São anuláveis nos termos gerais os atos ou contratos em que tenham intervindo titulares de órgãos ou agentes impedidos ou em cuja preparação tenha ocorrido prestação de serviços à Administração Pública em violação do disposto nos n.ºs 3 a 5 do artigo 69.º*
2. *A omissão do dever de comunicação a que alude o n.º 1 do artigo 70.º constitui falta grave para efeitos disciplinares.*
3. *A prestação de serviços em violação do disposto nos n.ºs 3 a 5 do artigo 69.º constitui o prestador no dever de indemnizar a Administração Pública e terceiros de boa-fé pelos danos resultantes da anulação do ato ou contrato.*
4. *A falta ou decisão negativa sobre a dedução da suspeição não prejudica a invocação da anulabilidade dos atos praticados ou dos contratos celebrados, quando do conjunto das circunstâncias do caso concreto resulte a razoabilidade de dúvida séria sobre a imparcialidade da atuação do órgão, revelada na direção do procedimento, na prática de atos preparatórios relevantes para o sentido da decisão ou na própria tomada da decisão.*

7.2.3. ESTATUTO DO GESTOR PÚBLICO

Artigo 1.º – Gestor público

Para os efeitos do presente Decreto-Lei, considera-se gestor público quem seja designado para órgão de gestão ou administração das empresas públicas abrangidas pelo Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro.^[17]

Artigo 10.º – Autonomia de gestão

Observado o disposto nas orientações fixadas ao abrigo da lei, designadamente as previstas no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, e no contrato de gestão, o conselho de administração goza de autonomia de gestão.

Artigo 11.º – Despesas confidenciais

Aos gestores públicos é vedada a realização de quaisquer despesas confidenciais ou não documentadas.

Artigo 19.º – Natureza das funções

Os gestores públicos podem ter funções executivas ou não executivas, de acordo com o modelo de gestão adotado na empresa pública em causa, nos termos da lei e tendo ainda em conta as boas práticas reconhecidas internacionalmente.

Artigo 20.º – Gestores com funções executivas

1. Para os efeitos do presente Decreto-Lei, consideram-se gestores com funções executivas os administradores designados nessa condição.
2. O exercício de funções executivas tem lugar em regime de exclusividade, sem prejuízo do disposto no número seguinte e no n.º 4 do artigo 22.º
3. São cumuláveis com o exercício de funções executivas:
 - a) As atividades exercidas por inerência;
 - b) A participação em conselhos consultivos, comissões de fiscalização ou outros organismos colegiais, quando previstos na lei ou quando tal resulte de decisão do Governo;
 - c) As atividades de docência em estabelecimentos de ensino superior público ou de interesse público, mediante autorização, por despacho dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo sector de atividade ou nos termos de contrato de gestão;
 - d) A atividade de criação artística e literária, bem como quaisquer outras de que resulte a percepção de remunerações provenientes de direitos de autor, sem prejuízo do disposto na alínea f) do art.º 5.º;^[18]
 - e) A realização de conferências, palestras, ações de formação de curta duração e outras atividades de idêntica natureza;
4. (Revogada.)
5. Sem prejuízo do disposto no n.º 6 do artigo 22.º, é ainda cumulável com o exercício de funções executivas, o exercício de funções não remuneradas na empresa mãe ou em outras relativamente às quais a própria empresa ou a sua empresa mãe exerçam direta ou indiretamente

influência dominante nos termos do n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro.

Artigo 21.º – Gestores com funções não executivas

1. Para os efeitos do presente Decreto-Lei, consideram-se gestores com funções não executivas os administradores designados nessa condição.
2. Os gestores com funções não executivas exercem as suas funções com independência, oferecendo garantias de juízo livre e incondicionado em face dos demais gestores, e não podem ter interesses negociais relacionados com a empresa, os seus principais clientes e fornecedores e outros acionistas que não o Estado.
3. Os gestores com funções não executivas acompanham e avaliam continuamente a gestão da empresa pública em causa por parte dos demais gestores, com vista a assegurar a prossecução dos objetivos estratégicos da empresa, a eficiência das suas atividades e a conciliação dos interesses dos acionistas com o interesse geral.
4. Aos gestores com funções não executivas são facultados todos os elementos necessários ao exercício das suas funções, designadamente nos aspetos técnicos e financeiros, bem como uma permanente atualização da situação da empresa em todos os planos relevantes para a realização do seu objeto.

Artigo 22.º – Incompatibilidades e impedimentos

1. É incompatível com a função de gestor público o exercício de cargos de direção da administração direta e indireta do Estado, ou das autoridades reguladoras independentes, sem prejuízo do exercício de funções em regime de inerência.
2. Os gestores públicos com funções não executivas não podem exercer quaisquer outras atividades temporárias ou permanentes na mesma empresa.
3. Os gestores públicos com funções não executivas e os membros das mesas de assembleias gerais não podem exercer quaisquer outras atividades temporárias ou permanentes em empresas privadas concorrentes no mesmo sector.
4. A designação de gestores públicos do sector empresarial do Estado com funções não executivas para outras empresas que integrem o sector público empresarial deve ser especialmente fundamentada, atendendo à respetiva necessidade ou conveniência, carecendo ainda de autorização dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo sector de atividade da empresa em que se encontre a desempenhar funções, se, neste caso, aquela designação ocorrer no âmbito dos sectores empresariais regionais e locais.
5. O disposto no número anterior não se aplica no caso de designação de gestores públicos do sector empresarial do Estado com funções não executivas nas empresas referidas no n.º 4 do artigo 20.º

¹⁷ Nos termos do artigo 74º, do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro, alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de Setembro, são revogados:

a) O Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de agosto, e pelas Leis n.º 64-A/2009, de 31 de dezembro, e n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro;
b) A Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de março;
c) A Resolução do Conselho de Ministros n.º 70/2008, de 22 de abril.

Nos termos do artigo 71º, do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de Outubro, alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de Setembro, "Quaisquer remissões para o regime jurídico do sector empresarial do Estado aprovado pelo Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, constantes de lei, regulamento ou qualquer outro ato, consideram-se feitas para as disposições equivalentes do presente Decreto-Lei."

¹⁸ "Guardar sigilo profissional sobre os factos e documentos cujo conhecimento resulte do exercício das suas funções e não divulgar ou utilizar, seja qual for a finalidade, em proveito próprio ou alheio, diretamente ou por interposta pessoa, o conhecimento que advenha de tais factos ou documentos"

6. Os gestores públicos não podem celebrar, durante o exercício dos respetivos mandatos, quaisquer contratos de trabalho ou de prestação de serviços com as empresas mencionadas nos n.ºs 2 a 4 que devam vigorar após a cessação das suas funções.
7. O gestor deve declarar-se impedido de tomar parte em deliberações quando nelas tenha interesse, por si, como representante ou como gestor de negócios de outra pessoa ou ainda quando tal suceda em relação ao seu cônjuge, parente ou afim em linha reta ou até ao 2.º grau em linha colateral ou em relação com pessoa com quem viva em economia comum.
8. Aos gestores públicos é ainda aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto nos artigos 8.º, 9.º, 9.º-A, 11.º, 12.º e 14.º e no n.º 4 do artigo 13.º da Lei n.º 64/93, de 26 de Agosto.
9. Sem prejuízo do disposto no artigo 11.º da Lei n.º 64/93, de 26 de Agosto, antes do início de funções, o gestor público indica, por escrito, à Inspeção-Geral de Finanças todas as participações e interesses patrimoniais que detenha, direta ou indiretamente, na empresa na qual irá exercer funções ou em qualquer outra.

Artigo 23.º – Responsabilidade

Os gestores públicos são penal, civil e financeiramente responsáveis pelos atos e omissões praticados durante a sua gestão, nos termos da lei.

Artigo 24.º – Dissolução

1. O conselho de administração, a comissão executiva ou o conselho de administração executivo podem ser dissolvidos em caso de:
 - a) Grave violação, por ação ou omissão, da lei ou dos estatutos da empresa;
 - b) Não observância, nos orçamentos de exploração e investimento, dos objetivos fixados pelo acionista de controlo ou pela tutela;
 - c) Desvio substancial entre os orçamentos e a respetiva execução;
 - d) Grave deterioração dos resultados do exercício ou da situação patrimonial, quando não provocada por razões alheias ao exercício das funções pelos gestores.
2. A dissolução compete aos órgãos de eleição ou de nomeação dos gestores, requer audiência prévia, pelo

menos, do presidente do órgão e é devidamente fundamentada.

3. A dissolução implica a cessação do mandato de todos os membros do órgão dissolvido, não havendo lugar a qualquer subvenção ou compensação pela cessação de funções.

Artigo 25.º – Demissão

1. O gestor público pode ser demitido quando lhe seja individualmente imputável uma das seguintes situações:
 - a) A avaliação de desempenho seja negativa, designadamente por incumprimento dos objetivos referidos nas orientações fixadas ao abrigo do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, ou no contrato de gestão;
 - b) A violação grave, por ação ou por omissão, da lei ou dos estatutos da empresa;
 - c) A violação das regras sobre incompatibilidades e impedimentos;
 - d) A violação do dever de sigilo profissional.
2. A demissão compete ao órgão de eleição ou nomeação, requer audiência prévia do gestor e é devidamente fundamentada.
3. A demissão implica a cessação do mandato, não havendo lugar a qualquer subvenção ou compensação pela cessação de funções.

Artigo 36.º – Ética

Os gestores públicos estão sujeitos às normas de ética aceites no sector de atividade em que se situem as respetivas empresas.

Artigo 37.º – Boas práticas

1. Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, os gestores públicos estão igualmente sujeitos às boas práticas decorrentes dos usos internacionais, designadamente em matéria de transparência, respeito pela concorrência e pelos agentes do mercado e prestação de informação sobre a sua organização e as atividades envolvidas.
2. O Conselho de Ministros pode fixar, mediante resolução, os princípios e regras a que se refere o artigo anterior que devem ser especialmente observados pelos gestores públicos no exercício das suas funções.

7.2.4. REGIME JURÍDICO DE INCOMPATIBILIDADES E IMPEDIMENTOS DOS ALTOS CARGOS PÚBLICOS

Artigo 8.º – Impedimentos aplicáveis a sociedades

1. As empresas cujo capital seja detido numa percentagem superior a 10% por um titular de órgão de soberania ou titular de cargo político, ou por alto cargo público, ficam impedidas de participar em concursos de fornecimento de bens ou serviços, no exercício de atividade de comércio ou indústria, em contratos com o Estado e demais pessoas coletivas públicas.
2. Ficam sujeitas ao mesmo regime:
 - a) As empresas cujo capital, em igual percentagem, seja titular o seu cônjuge, não separado de pessoas e bens, os seus ascendentes e descendentes em qualquer grau e os colaterais até ao 2.º grau, bem como aquele que com ele viva nas condições do artigo 2020.º do Código Civil;^[19]
 - b) As empresas em cujo capital o titular do órgão ou cargo detenha, direta ou indiretamente, por si ou conjuntamente com os familiares referidos na alínea anterior, uma participação não inferior a 10%.

Artigo 9.º – Arbitragem e peritagem

1. Os titulares de cargos políticos e de altos cargos públicos estão impedidos de servir de árbitro ou de perito, a título gratuito ou remunerado, em qualquer processo em que seja parte o Estado e demais pessoas coletivas públicas.
2. O impedimento mantém-se até ao termo do prazo de um ano após a respetiva cessação de funções.

Artigo 9.º-A – Atividades anteriores

1. Sem prejuízo da aplicabilidade das disposições adequadas do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442/91, de 15 de Novembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 6/96, de 31 de Janeiro, os titulares de órgãos de soberania, de cargos políticos e de altos cargos públicos que, nos últimos três anos anteriores à data da investidura no cargo, tenham detido, nos termos do artigo 8.º, a percentagem de capital em empresas neles referida ou tenham integrado corpos sociais de quaisquer pessoas coletivas de fins lucrativos não podem intervir:
 - a) Em concursos de fornecimento de bens ou serviços ao Estado e demais pessoas coletivas públicas aos quais aquelas empresas e pessoas coletivas sejam candidatos;
 - b) Em contratos do Estado e demais pessoas coletivas públicas com elas celebrados;
 - c) Em quaisquer outros procedimentos administrativos, em que aquelas empresas e pessoas coletivas intervenham, suscetíveis de gerar dúvidas sobre a isenção ou retidão da conduta dos referidos titulares, designadamente

nos de concessão ou modificação de autorizações ou licenças, de atos de expropriação, de concessão de benefícios de conteúdo patrimonial e de doação de bens.

2. O impedimento previsto no número anterior não se verifica nos casos em que a referida participação em cargos sociais das pessoas coletivas tenha ocorrido por designação do Estado ou de outra pessoa coletiva pública.

Artigo 11.º – Fiscalização pela Procuradoria-Geral da República

1. Os titulares de altos cargos públicos devem depositar na Procuradoria-Geral da República, nos 60 dias posteriores à tomada de posse, declaração de inexistência de incompatibilidades ou impedimento, donde constem todos os elementos necessários à verificação do cumprimento do disposto na presente lei, incluindo os referidos no n.º 1 do artigo anterior.^[20]
2. A Procuradoria-Geral da República pode solicitar a clarificação do conteúdo das declarações aos depositários no caso de dúvidas sugeridas pelo texto.
3. O não esclarecimento de dúvidas ou o esclarecimento insuficiente determina a participação aos órgãos competentes para a verificação e sancionamento das infrações.
4. A Procuradoria-Geral da República procede ainda à apreciação da regularidade formal das declarações e da observância do prazo de entrega, participando aos órgãos competentes para a verificação e sancionamento irregularidades ou a não observância do prazo.

Artigo 12.º – Regime aplicável em caso de incumprimento

1. Em caso de não apresentação da declaração prevista nos n.ºs 1 dos artigos 10.º e 11.º, as entidades competentes para o seu depósito notificarão o titular do cargo a que se aplica a presente lei para apresentar no prazo de 30 dias, sob pena de, em caso de incumprimento culposos, incorrer em declaração de perda do mandato, demissão ou destituição judicial.
2. Para efeitos do número anterior, os serviços competentes comunicarão ao Tribunal Constitucional e à Procuradoria-Geral da República, consoante os casos, a data de início de funções dos titulares de cargos a que se aplica a presente lei.

Artigo 14.º – Nulidade e inibições

A infração ao disposto nos artigos 8.º, 9.º e 9.º-A determina a nulidade dos atos praticados e, no caso do n.º 2 do artigo 9.º, a inibição para o exercício de funções em altos cargos públicos pelo período de três anos.

¹⁹ Artigo 2020.º – União de facto

1. Aquele que, no momento da morte de pessoa não casada ou separada judicialmente de pessoas e bens, vivia com ela há mais de dois anos em condições análogas às dos cônjuges, tem direito a exigir alimentos da herança do falecido, se os não puder obter nos termos das alíneas a) a d) do artigo 2009.º
2. O direito a que se refere o número precedente caduca se não for exercido nos dois anos subsequentes à data da morte do autor da sucessão.
3. É aplicável ao caso previsto neste artigo, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo anterior.

²⁰ “Os titulares de cargos políticos devem depositar no Tribunal Constitucional, nos 60 dias posteriores à data da tomada de posse, declaração de inexistência de incompatibilidades ou impedimentos, donde conste a enumeração de todos os cargos, funções e atividades profissionais exercidos pelo declarante, bem como de quaisquer participações iniciais detidas pelo mesmo.”

7.2.5. LEI GERAL DO TRABALHO EM FUNÇÕES PÚBLICAS

Anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de Junho, alterada pela Declaração de Retificação n.º 37-A/2014, de 19 de Agosto, Lei n.º 82-B/2014, de 31 de Dezembro e Lei n.º 84/2015, de 7 de Agosto.

7.2.5.1. GARANTIAS DE IMPARCIALIDADE

Artigo 19.º – Incompatibilidades e impedimentos

1. No exercício das suas funções, os trabalhadores em funções públicas estão exclusivamente ao serviço do interesse público, tal como é definido, nos termos da lei, pelos órgãos competentes da Administração.
2. Sem prejuízo de impedimentos previstos na Constituição e noutros diplomas, os trabalhadores com vínculo de emprego público estão sujeitos ao regime de incompatibilidades e impedimentos [...].

Artigo 20.º – Incompatibilidade com outras funções

As funções públicas são, em regra, exercidas em regime de exclusividade.

Artigo 21.º – Acumulação com outras funções públicas

1. O exercício de funções públicas pode ser acumulado com outras funções públicas não remuneradas, desde que a acumulação revista manifesto interesse público.
2. O exercício de funções públicas pode ser acumulado com outras funções públicas remuneradas, desde que a acumulação revista manifesto interesse público e apenas nos seguintes casos:
 - a) Participação em comissões ou grupos de trabalho;
 - b) Participação em conselhos consultivos e em comissões de fiscalização ou outros órgãos colegiais de fiscalização ou controlo de dinheiros públicos;
 - c) Atividades docentes ou de investigação de duração não superior à fixada em despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da educação e que, sem prejuízo do cumprimento da duração semanal do trabalho, não se sobreponha em mais de um quarto ao horário inerente à função principal;
 - d) Realização de conferências, palestras, ações de formação de curta duração e outras atividades de idêntica natureza.

Artigo 22.º – Acumulação com funções ou atividades privadas

1. O exercício de funções públicas não pode ser acumulado com funções ou atividades privadas, exercidas em regime de trabalho autónomo ou subordinado, com ou sem remuneração, concorrentes, similares ou conflituantes com as funções públicas.
2. Para efeitos do disposto no artigo anterior, consideram-se concorrentes, similares ou conflituantes com as funções públicas as atividades privadas que, tendo conteúdo idêntico ao das funções públicas desempenhadas, sejam desenvolvidas de forma permanente ou habitual e se dirijam ao mesmo círculo de destinatários.
3. O exercício de funções públicas pode ser acumulado com funções ou atividades privadas que:
 - a) Não sejam legalmente consideradas incompatíveis com as funções públicas;
 - b) Não sejam desenvolvidas em horário sobreposto, ainda que parcialmente, ao das funções públicas;
 - c) Não comprometam a isenção e a imparcialidade exigidas pelo desempenho das funções públicas;

d) Não provoquem prejuízo para o interesse público ou para os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

4. No exercício das funções ou atividades privadas autorizadas, os trabalhadores da Administração Pública não podem praticar quaisquer atos contrários aos interesses do serviço a que pertencem ou com eles conflituantes.
5. A violação do disposto no número anterior determina a revogação da autorização para acumulação de funções, constituindo ainda infração disciplinar grave.

Artigo 23.º – Autorização para acumulação de funções

1. A acumulação de funções nos termos previstos nos artigos anteriores depende de prévia autorização da entidade competente.
2. Do requerimento a apresentar para efeitos de acumulação de funções devem constar as seguintes indicações:
 - a) Local do exercício da função ou atividade a acumular;
 - b) Horário em que ela se deve exercer, quando aplicável;
 - c) Remuneração a auferir, quando aplicável;
 - d) Natureza autónoma ou subordinada do trabalho a desenvolver e respetivo conteúdo;
 - e) Justificação do manifesto interesse público na acumulação, quando aplicável;
 - f) Justificação da inexistência de conflito com as funções públicas, quando aplicável;
 - g) Compromisso de cessação imediata da função ou atividade acumulada, no caso de ocorrência superveniente de conflito.
3. Compete aos titulares de cargos dirigentes, sob pena de cessação da respetiva comissão de serviço, nos termos do respetivo estatuto, verificar da existência de situações de acumulação de funções não autorizadas, bem como fiscalizar o cumprimento das garantias de imparcialidade no desempenho de funções públicas.

Artigo 24.º – Proibições específicas

1. Os trabalhadores não podem prestar a terceiros, por si ou por interposta pessoa, em regime de trabalho autónomo ou subordinado, serviços no âmbito do estudo, preparação ou financiamento de projetos, candidaturas ou requerimentos que devam ser submetidos à sua apreciação ou decisão ou à de órgãos ou serviços colocados sob sua direta influência.
2. Os trabalhadores não podem beneficiar, pessoal e indevidamente, de atos ou tomar parte em contratos em cujo processo de formação intervenham órgãos ou unidades orgânicas colocados sob sua direta influência.
3. Para efeitos do disposto nos números anteriores, consideram-se colocados sob direta influência do trabalhador os órgãos ou serviços que:
 - a) Estejam sujeitos ao seu poder de direção, superintendência ou tutela;
 - b) Exerçam poderes por ele delegados ou subdelegados;

- c) *Tenham sido por ele instituídos, ou relativamente a cujo titular tenha intervindo como representante do empregador público, para o fim específico de intervir nos procedimentos em causa;*
 - d) *Sejam integrados, no todo ou em parte, por trabalhadores por ele designados;*
 - e) *Cujo titular ou trabalhadores neles integrados tenham, há menos de um ano, sido beneficiados por qualquer vantagem remuneratória, ou obtido menção relativa à avaliação do seu desempenho, em cujo procedimento ele tenha tido intervenção;*
 - f) *Com ele colaborem, em situação de paridade hierárquica, no âmbito do mesmo órgão ou serviço.*
4. *Para efeitos das proibições constantes dos n.ºs 1 e 2, é equiparado ao trabalhador:*
- a) *O seu cônjuge, não separado de pessoas e bens, ascendentes e descendentes em qualquer grau,*
 - colaterais até ao segundo grau e pessoa que com ele viva em união de facto;*
 - b) *A sociedade em cujo capital o trabalhador detenha, direta ou indiretamente, por si mesmo ou conjuntamente com as pessoas referidas na alínea anterior, uma participação não inferior a 10%.*
5. *A violação dos deveres referidos nos n.ºs 1 e 2 constitui infração disciplinar grave.*
6. *Para efeitos do disposto no Código do Procedimento Administrativo, os trabalhadores devem comunicar ao respetivo superior hierárquico, antes de tomadas as decisões, praticados os atos ou celebrados os contratos referidos nos n.ºs 1 e 2, a existência das situações referidas no n.º 4.*
7. *É aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 51.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442/91, de 15 de novembro, na redação atual.*

7.2.5.2. DEVERES DO TRABALHADOR

Artigo 73.º – Deveres do trabalhador

1. *O trabalhador está sujeito aos deveres previstos na presente lei, noutros diplomas legais e regulamentos e no instrumento de regulamentação coletiva de trabalho que lhe seja aplicável.*
2. *São deveres gerais dos trabalhadores:*
 - a) *O dever de prossecução do interesse público;*
 - b) *O dever de isenção;*
 - c) *O dever de imparcialidade;*
 - d) *O dever de informação;*
 - e) *O dever de zelo;*
 - f) *O dever de obediência;*
 - g) *O dever de lealdade;*
 - h) *O dever de correção;*
 - i) *O dever de assiduidade;*
 - j) *O dever de pontualidade.*
3. *O dever de prossecução do interesse público consiste na sua defesa, no respeito pela Constituição, pelas leis e pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.*
4. *O dever de isenção consiste em não retirar vantagens, diretas ou indiretas, pecuniárias ou outras, para si ou para terceiro, das funções que exerce.*
5. *O dever de imparcialidade consiste em desempenhar as funções com equidistância relativamente aos interesses com que seja confrontado, sem discriminar positiva ou negativamente qualquer deles, na perspetiva do respeito pela igualdade dos cidadãos.*
6. *O dever de informação consiste em prestar ao cidadão, nos termos legais, a informação que seja solicitada, com ressalva daquela que, naqueles termos, não deva ser divulgada.*
7. *O dever de zelo consiste em conhecer e aplicar as normas legais e regulamentares e as ordens e instruções dos superiores hierárquicos, bem como exercer as funções de acordo com os objetivos que tenham sido fixados e utilizando as competências que tenham sido consideradas adequadas.*
8. *O dever de obediência consiste em acatar e cumprir as ordens dos legítimos superiores hierárquicos, dadas em objeto de serviço e com a forma legal.*
9. *O dever de lealdade consiste em desempenhar as funções com subordinação aos objetivos do órgão ou serviço.*
10. *O dever de correção consiste em tratar com respeito os utentes dos órgãos ou serviços e os restantes trabalhadores e superiores hierárquicos.*
11. *Os deveres de assiduidade e de pontualidade consistem em comparecer ao serviço regular e continuamente e nas horas que estejam designadas.*
12. *O trabalhador tem o dever de frequentar ações de formação e aperfeiçoamento profissional na atividade em que exerce funções, das quais apenas pode ser dispensado por motivo atendível.*
13. *Na situação de requalificação, o trabalhador deve observar os deveres especiais inerentes a essa situação.*

7.2.5.3. EXERCÍCIO DO PODER DISCIPLINAR

Artigo 176.º – Sujeição ao poder disciplinar

1. *Todos os trabalhadores são disciplinarmente responsáveis perante os seus superiores hierárquicos.*
2. *Os titulares dos órgãos dirigentes dos serviços da administração direta e indireta do Estado são disciplinarmente responsáveis perante o membro do Governo que exerça a respetiva superintendência ou tutela.*
3. *Os trabalhadores ficam sujeitos ao poder disciplinar desde a constituição do vínculo de emprego público, em qualquer das suas modalidades.*

4. *A alteração da situação jurídico-funcional do trabalhador não impede a punição por infrações cometidas no exercício da função.*

Artigo 177.º – Exclusão da responsabilidade disciplinar

1. *É excluída a responsabilidade disciplinar do trabalhador que atue no cumprimento de ordens ou instruções emanadas de legítimo superior hierárquico e em matéria de serviço, quando previamente delas tenha reclamado ou exigido a sua transmissão ou confirmação por escrito.*
2. *Considerando ilegal a ordem ou instrução recebidas, o trabalhador faz expressamente menção desse facto ao*

reclamar ou ao pedir a sua transmissão ou confirmação por escrito.

3. Quando a decisão da reclamação ou a transmissão ou confirmação da ordem ou instrução por escrito não tenham lugar dentro do tempo em que, sem prejuízo, o cumprimento destas possa ser demorado, o trabalhador comunica, também por escrito, ao seu imediato superior hierárquico, os termos exatos da ordem ou instrução recebidas e da reclamação ou do pedido formulados, bem como a não satisfação destes, executando seguidamente a ordem ou instrução.
4. Quando a ordem ou instrução sejam dadas com menção de cumprimento imediato e sem prejuízo do disposto nos n.ºs 1 e 2, a comunicação referida na parte final do número anterior é efetuada após a execução da ordem ou instrução.
5. Cessa o dever de obediência sempre que o cumprimento das ordens ou instruções implique a prática de qualquer crime.

Artigo 178.º – Prescrição da infração disciplinar e do procedimento disciplinar

1. A infração disciplinar prescreve no prazo de um ano sobre a respetiva prática, salvo quando consubstancie também infração penal, caso em que se sujeita aos prazos de prescrição estabelecidos na lei penal à data da prática dos factos.
2. O direito de instaurar o procedimento disciplinar prescreve no prazo de 60 dias sobre o conhecimento da infração por qualquer superior hierárquico.
3. Suspendem os prazos prescricionais referidos nos números anteriores, por um período até seis meses, a instauração de processo de sindicância aos órgãos ou serviços, ou de processo de inquérito ou disciplinar, mesmo que não dirigidos contra o trabalhador a quem a prescrição aproveite, quando em qualquer deles venham a apurar-se infrações por que seja responsável.
4. A suspensão do prazo prescricional da infração disciplinar opera quando, cumulativamente:
 - a) Os processos referidos no número anterior tenham sido instaurados nos 30 dias seguintes à suspeita da prática de factos disciplinarmente puníveis;
 - b) O procedimento disciplinar subsequente tenha sido instaurado nos 30 dias seguintes à receção daqueles processos, para decisão, pela entidade competente;
 - c) À data da instauração dos processos e procedimento referidos nas alíneas anteriores, não se encontre já prescrito o direito de instaurar procedimento disciplinar.
5. O procedimento disciplinar prescreve decorridos 18 meses, a contar da data em que foi instaurado quando, nesse prazo, o trabalhador não tenha sido notificado da decisão final.
6. A prescrição do procedimento disciplinar referida no número anterior suspende-se durante o tempo em que, por força de decisão ou de apreciação judicial de qualquer questão, a marcha do correspondente processo não possa começar ou continuar a ter lugar.
7. A prescrição volta a correr a partir do dia em que cesse a causa da suspensão.

Artigo 179.º – Efeitos da pronúncia e da condenação em processo penal

1. Quando o agente de um crime cujo julgamento seja da competência do tribunal de júri ou do tribunal coletivo seja um trabalhador em funções públicas, a secretaria do

tribunal por onde corra o processo, no prazo de 24 horas sobre o trânsito em julgado do despacho de pronúncia ou equivalente, entrega, por termo nos autos, cópia de tal despacho ao Ministério Público, a fim de que este a remeta ao órgão ou serviço em que o trabalhador desempenha funções.

2. Quando um trabalhador em funções públicas seja condenado pela prática de crime, aplica-se, com as necessárias adaptações, o disposto no número anterior.
3. A condenação em processo penal não prejudica o exercício da ação disciplinar quando a infração penal constitua também infração disciplinar.
4. Quando os factos praticados pelo trabalhador sejam passíveis de ser considerados infração penal, dá-se obrigatoriamente notícia deles ao Ministério Público competente para promover o procedimento criminal, nos termos do artigo 242.º do Código de Processo Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 78/87, de 17 de fevereiro, na redação atual.

Artigo 180.º – Escala das sanções disciplinares

1. As sanções disciplinares aplicáveis aos trabalhadores em funções públicas pelas infrações que cometam são as seguintes:
 - a) Repreensão escrita;
 - b) Multa;
 - c) Suspensão;
 - d) Despedimento disciplinar ou demissão.
2. Aos titulares de cargos dirigentes e equiparados é aplicável a sanção disciplinar de cessação da comissão de serviço, a título principal ou acessório.
3. Não pode ser aplicada mais de uma sanção disciplinar por cada infração, pelas infrações acumuladas que sejam apreciadas num único processo ou pelas infrações apreciadas em processos apensados.
4. As sanções disciplinares são registadas no processo individual do trabalhador.

Artigo 181.º – Caracterização das sanções disciplinares

1. A sanção de repreensão escrita consiste em mero reparo pela irregularidade praticada.
2. A sanção de multa é fixada em quantia certa e não pode exceder o valor correspondente a seis remunerações base diárias por cada infração e um valor total correspondente à remuneração base de 90 dias por ano.
3. A sanção de suspensão consiste no afastamento completo do trabalhador do órgão ou serviço durante o período da sanção.
4. A sanção de suspensão varia entre 20 e 90 dias por cada infração, num máximo de 240 dias por ano.
5. A sanção de despedimento disciplinar consiste no afastamento definitivo do órgão ou serviço do trabalhador com contrato de trabalho em funções públicas, cessando o vínculo de emprego público.
6. A sanção de demissão consiste no afastamento definitivo do órgão ou serviço do trabalhador nomeado, cessando o vínculo de emprego público.
7. A sanção de cessação da comissão de serviço consiste na cessação compulsiva do exercício de cargo dirigente ou equiparado.

Artigo 182.º – Efeitos das sanções disciplinares

1. As sanções disciplinares produzem unicamente os efeitos previstos na presente lei.
2. A sanção de suspensão determina, por tantos dias quantos os da sua duração, o não exercício de funções e

a perda das remunerações correspondentes e da contagem do tempo de serviço para antiguidade.

3. A aplicação da sanção de suspensão não prejudica o direito dos trabalhadores à manutenção, nos termos legais, das prestações do respetivo regime de proteção social.
4. As sanções de despedimento disciplinar ou de demissão importam a perda de todos os direitos do trabalhador, salvo quanto à reforma por velhice ou à aposentação, nos termos e condições previstos na lei, mas não o impossibilitam de voltar a exercer funções em órgão ou serviço que não exijam as particulares condições de dignidade e confiança que aquelas de que foi despedido ou demitido exigiam.
5. A sanção de cessação da comissão de serviço implica o termo do exercício do cargo dirigente ou equiparado e a impossibilidade de exercício de qualquer cargo dirigente ou equiparado durante o período de três anos, a contar da data da notificação da decisão.

Artigo 183.º – Infração disciplinar

Considera-se infração disciplinar o comportamento do trabalhador, por ação ou omissão, ainda que meramente culposos, que viole deveres gerais ou especiais inerentes à função que exerce.

Artigo 184.º – Repreensão escrita

A sanção disciplinar de repreensão escrita é aplicável a infrações leves de serviço.

Artigo 185.º – Multa

A sanção disciplinar de multa é aplicável a casos de negligência ou má compreensão dos deveres funcionais, nomeadamente aos trabalhadores que:

- a) Não observem os procedimentos estabelecidos ou cometam erros por negligência, de que não resulte prejuízo relevante para o serviço;
- b) Desobedeçam às ordens dos superiores hierárquicos, sem consequências importantes;
- c) Não usem de correção para com os superiores hierárquicos, subordinados ou colegas ou para com o público;
- d) Pelo defeituoso cumprimento ou desconhecimento das disposições legais e regulamentares ou das ordens superiores, demonstrem falta de zelo pelo serviço;
- e) Não façam as comunicações de impedimentos e suspeições previstas no Código do Procedimento Administrativo.

Artigo 186.º – Suspensão

A sanção disciplinar de suspensão é aplicável aos trabalhadores que atuem com grave negligência ou com grave desinteresse pelo cumprimento dos deveres funcionais e àqueles cujos comportamentos atentem gravemente contra a dignidade e o prestígio da função, nomeadamente quando:

- a) Deem informação errada a superior hierárquico;
- b) Compareçam ao serviço em estado de embriaguez ou sob o efeito de estupefacientes ou drogas equiparadas;
- c) Exerçam funções em acumulação, sem autorização ou apesar de não autorizados ou, ainda, quando a

autorização tenha sido concedida com base em informações ou elementos, por eles fornecidos, que se revelem falsos ou incompletos;

- d) Demonstrem desconhecimento de normas essenciais reguladoras do serviço, do qual haja resultado prejuízos para o órgão ou serviço ou para terceiros;
- e) Dispensem tratamento de favor a determinada entidade, singular ou coletiva;
- f) Omitam informação que possa ou deva ser prestada ao cidadão ou, com violação da lei em vigor sobre acesso à informação, revelem factos ou documentos relacionados com os procedimentos administrativos, em curso ou concluídos;
- g) Desobedeçam escandalosamente, ou perante o público e em lugar aberto ao mesmo, às ordens superiores;
- h) Prestem falsas declarações sobre justificação de faltas;
- i) Violem os procedimentos da avaliação do desempenho, incluindo a aposição de datas sem correspondência com o momento da prática do ato;
- j) Agridam, injuriem ou desrespeitem gravemente superior hierárquico, colega, subordinado ou terceiro, fora dos locais de serviço, por motivos relacionados com o exercício das funções;
- k) Recebam fundos, cobrem receitas ou recolham verbas de que não prestem contas nos prazos legais;
- l) Violem, com culpa grave ou dolo, o dever de imparcialidade no exercício das funções;
- m) Usem ou permitam que outrem use ou se sirva de quaisquer bens pertencentes aos órgãos ou serviços, cuja posse ou utilização lhes esteja confiada, para fim diferente daquele a que se destinam;
- n) Violem os deveres previstos nos n.ºs 1 e 2 do artigo 24.º

Artigo 187.º – Despedimento disciplinar ou demissão

As sanções de despedimento disciplinar ou de demissão são aplicáveis em caso de infração que inviabilize a manutenção do vínculo de emprego público nos termos previstos na presente lei.

Artigo 188.º – Cessação da comissão de serviço

1. A sanção disciplinar de cessação da comissão de serviço é aplicável, a título principal, aos titulares de cargos dirigentes e equiparados que:
 - a) Não procedam disciplinarmente contra os trabalhadores seus subordinados pelas infrações de que tenham conhecimento;
 - b) Não participem criminalmente infração disciplinar de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, que revista caráter penal;
 - c) Autorizem, informem favoravelmente ou omitam informação, relativamente à situação jurídico-funcional de trabalhadores, em violação das normas que regulam o vínculo de emprego público;
 - d) Violem as normas relativas à celebração de contratos de prestação de serviço.
2. A sanção disciplinar de cessação da comissão de serviço é sempre aplicada acessoriamente aos titulares de cargos dirigentes e equiparados por qualquer infração disciplinar punida com sanção disciplinar igual ou superior à de multa.

7.2.6. INCOMPATIBILIDADES DOS MEMBROS DAS COMISSÕES E GRUPOS DE TRABALHO DO SNS

7.2.6.1. DECRETO-LEI N.º 14/2014, DE 22 DE JANEIRO

Uma adequada gestão de conflitos de interesses é imprescindível para o aprofundamento de uma cultura de integridade e transparência na Administração Pública.

As situações que envolvem membros de comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde, podem ser geradoras de conflitos de interesses.

Neste sentido, o presente Decreto-Lei pretende identificar situações concretas de conflitos de interesses, promover medidas adequadas a prevenir e gerir conflitos de interesses que envolvam membros dessas comissões, grupos de trabalho, júris e consultores, e promover uma cultura organizacional na qual impere forte intolerância relativamente às situações de conflitos de interesses, de forma a garantir a isenção, imparcialidade e independência de todos os atores nos cuidados de saúde e na saúde pública.

Sem prejuízo do regime de incompatibilidades, impedimentos e inibições previstos nas disposições reguladoras de conflitos de interesses resultantes do exercício de funções públicas e no Código do Procedimento Administrativo, o presente Decreto-Lei reconhece a existência de incompatibilidades dos membros dessas Comissões, grupos de trabalho, dos júris e consultores, contribuindo para a assegurar e garantir a imparcialidade e independência nas respetivas decisões.

Artigo 1.º – Objeto

1. O presente Decreto-Lei estabelece o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no âmbito dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde.
2. O disposto no presente Decreto-Lei não prejudica a aplicação do regime de incompatibilidades, impedimentos e inibições previsto nas disposições reguladoras de conflitos de interesses resultantes do exercício de funções públicas e no Código do Procedimento Administrativo.

Artigo 2.º – Âmbito

1. O presente Decreto-Lei aplica-se aos membros das comissões e dos grupos de trabalho constituídos no âmbito dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua natureza jurídica, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde, que prosseguem competências em matérias relacionadas com a:
 - a) Determinação de preços e regime de comparticipação de medicamentos ou dispositivos médicos;
 - b) Escolha para aquisição de medicamentos ou dispositivos médicos;

c) Emissão de pareceres sobre terapêuticas ou questões que envolvam a avaliação fármaco-económica, incluindo a elaboração de formulários terapêuticos;

d) Emissão de normas e orientações clínicas que envolvam procedimentos terapêuticos ou diagnósticos.

2. O disposto na alínea b) do número anterior é também aplicável aos membros de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no âmbito dos estabelecimentos e serviços do SNS, independentemente da sua natureza jurídica, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde.
3. O disposto no presente Decreto-Lei não se aplica à comissão técnica especializada do INFARMED, I.P., a Comissão de Avaliação de Medicamentos, cujo regime jurídico das incompatibilidades dos seus membros encontra-se previsto no respetivo regulamento de funcionamento.

Artigo 3.º – Incompatibilidades

1. Os membros das comissões, dos grupos de trabalho, dos júris e os consultores que apoiam os respetivos júris, não podem exercer funções remuneradas, regular ou ocasionalmente, em empresas produtoras, distribuidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos.
2. Os membros das comissões, dos grupos de trabalho, dos júris e os consultores que apoiam os respetivos júris, não podem ser proprietários ou deter interesses na propriedade de empresas produtoras, distribuidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos.
3. Os membros das comissões e dos grupos de trabalho não podem ser membros de órgãos sociais de sociedades científicas, associações ou empresas privadas, as quais tenham recebido financiamentos de empresas produtoras, distribuidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos, em média por cada ano num período de tempo considerado até cinco anos anteriores, num valor total superior a 50.000,00EUR.

Artigo 4.º – Declaração

1. Os membros das comissões, dos grupos de trabalho, dos júris e os consultores que apoiam os respetivos júris, apresentam, no início de funções, uma declaração de inexistência de incompatibilidades, junto do estabelecimento, serviço ou organismo, no qual a comissão, o grupo de trabalho ou o júri funcione.
2. No estrito respeito pelas condições estabelecidas na Lei de Proteção de Dados Pessoais, aprovada pela Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, as declarações de inexistência de incompatibilidades obedecem ao modelo, a aprovar por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde e são publicadas na respetiva página eletrónica da entidade.
3. As declarações referidas nos números anteriores devem ser atualizadas no início de cada ano civil e são conservadas na página eletrónica da entidade durante o

período de funcionamento da comissão, do grupo de trabalho ou do júri.

4. O incumprimento do disposto nos números anteriores, ou a falta da veracidade da declaração, determina a imediata cessação de funções, sem prejuízo, no caso de o membro da comissão, do grupo de trabalho, do júri ou do consultor, ser trabalhador em funções públicas, das consequências disciplinares previstas no respetivo Estatuto.

Artigo 5.º – Efeitos dos atos

1. Os pareceres emitidos ou as decisões tomadas por comissões, grupos de trabalho, júris e consultores, em que intervenham elementos em situação de incompatibilidade não produzem quaisquer efeitos jurídicos.
2. As decisões dos órgãos deliberativos que sejam tomadas com base em pareceres ou decisões de comissões, de grupos de trabalho, de júris e de consultores, em que intervenham elementos em situação de incompatibilidade, são nulas.

Artigo 6.º – Comunicação

Quando se verifique qualquer uma das situações de incompatibilidade referidas no artigo 3.º, o membro da comissão, do grupo de trabalho, do júri ou o consultor, deve comunicar desde logo o facto e a cessação da sua participação na comissão, no grupo de trabalho ou no júri, à direção ou coordenação da mesma e ao órgão máximo do estabelecimento, serviço ou organismo, no qual a comissão, o grupo de trabalho ou o júri funcione.

Artigo 7.º – Sanções

1. Constituem contraordenações as infrações ao disposto nos artigos 3.º e 6.º, as quais são punidas com coima de 2.000,00EUR a 3.500,00EUR.
2. Constituem contraordenações as infrações ao disposto artigo 4.º, as quais são punidas com coimas de 500,00EUR a 2.000,00EUR.
3. A negligência é punível, sendo os limites mínimos e máximos das coimas aplicáveis reduzidos a metade.

4. Às contraordenações previstas no presente Decreto-Lei aplica-se o regime geral do ilícito de mera ordenação social, constante do Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de outubro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 356/89, de 17 de outubro, 244/95, de 14 de setembro, e 323/2001, de 17 de dezembro, e pela Lei n.º 109/2001, de 24 de dezembro.

Artigo 8.º – Fiscalização, instrução e aplicação de coimas

1. Compete à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) assegurar a fiscalização do cumprimento das disposições constantes do presente Decreto-Lei, a instrução dos processos de contraordenação e a aplicação das sanções previstas no presente capítulo.
2. Os processos de contraordenação devem conter apenas os dados estritamente necessários para satisfazer as necessidades conexas com o sancionamento da infração.
3. No estrito respeito pelas condições estabelecidas na Lei de Proteção de Dados Pessoais, aprovada pela Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, a IGAS adota medidas de proteção da informação conservada no processo de contraordenação

Artigo 9.º – Destino do produto das coimas

O produto das coimas previstas do presente Decreto-Lei reverte:

- a) Em 60% para o Estado;
- b) Em 40% para a IGAS.

Artigo 10.º – Produção de efeitos

Os membros das comissões, dos grupos de trabalho, dos júris e os consultores que apoiam os respetivos júris, relativamente aos quais se verifiquem incompatibilidades ou impedimentos em resultado das alterações introduzidas pelo presente Decreto-Lei, devem pôr termo a essas situações, no prazo máximo de 30 dias a contar da entrada em vigor do presente Decreto-Lei, sob pena de cessação da respetiva participação na comissão, no grupo de trabalho ou no júri.

7.2.6.2. DESPACHO N.º 2156-B/2014, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2014

O Decreto-Lei 14/2014, de 22 de janeiro, estabelece o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais e de consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e de orientações de caráter clínico ou elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no âmbito dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde.

Nos termos do n.º 1 do artigo 4.º do referido Decreto-Lei, os membros das comissões, dos grupos de trabalho, dos júris e os consultores que apoiam os respetivos júris, apresentam, no início de funções específicas, uma declaração de inexistência de incompatibilidades, junto do estabelecimento, serviço ou organismo, no qual a comissão, o grupo de trabalho ou o júri funcione.

As preocupações éticas devem estar presentes em toda a decisão e comportamento públicos, assim como os princípios deontológicos de independência e imparcialidade e objetividade devem inspirar a ação de todo o profissional de saúde encarregado de uma missão de serviço público.

Consequentemente, devem ser operacionalizados mecanismos de controlo que previnam conflitos entre os interesses privados e o interesse público, sendo um desses mecanismos a declaração de interesses suscetíveis de serem incompatíveis com o exercício de missões públicas específicas.

A transparência no respeito dos princípios éticos da atividade profissional, no âmbito dos quais a consciência individual não basta, é, portanto, indispensável para a manutenção de uma relação de confiança entre os cidadãos, os doentes e os profissionais de saúde, competindo ao Governo a responsabilidade de garantir essa transparência e a credibilidade da escolha, avaliação, emissão de normas e de orientações clínicas, elaboração de formulários nas áreas do medicamento e do dispositivo médico, no âmbito do sistema de saúde em geral e do Serviço Nacional de Saúde em especial. Importa clarificar que as ligações de interesses podem ou não suscitar conflitos de interesses e gerar incompatibilidades, pelo que, para evitar que as ligações de interesses se presumam conflitos de interesses no exercício de atividades e missões públicas específicas, uma vez tratar-se de conceitos distintos, o Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro, tornou obrigatória a declaração de inexistência de incompatibilidades junto do

estabelecimento, serviço ou organismo, no qual tais atividades ou missões públicas específicas sejam exercidas.

Esta declaração é devida enquanto durar cada atividade específica e deve ser atualizada em função de cada alteração da situação de interesses.

Este mecanismo de prevenção dos conflitos de interesses, mediante ponderação de incompatibilidades e declaração pública correspondente, tem em conta o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

No estrito respeito pelas condições estabelecidas na Lei de Proteção de Dados Pessoais, aprovada pela Lei n.º 67/98, de

26 de outubro, as declarações de inexistência de incompatibilidades obedecem ao modelo aprovado por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde e são publicadas na respetiva página eletrónica da entidade junto da qual devem ser apresentadas.

Artigo único – Objeto

É aprovado o modelo de declaração de inexistência de incompatibilidades, previsto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro, em anexo ao presente despacho e do qual faz parte integrante.

Anexo

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE INCOMPATIBILIDADES

(artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro)

Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se à gestão dos processos relativos ao regime jurídico das incompatibilidades dos membros das comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de caráter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no âmbito dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde. O seu preenchimento é obrigatório. Os titulares dos dados podem aceder à informação que lhes respeite e solicitar por escrito, junto da entidade, serviço ou organismo, no qual a comissão, o grupo de trabalho ou o júri funcione, a sua atualização e correção. Os dados recolhidos são publicados na página eletrónica do estabelecimento, serviço ou organismo, no qual a comissão, o grupo de trabalho ou o júri funcione, devendo ser atualizado no início de cada ano civil e conservados na página eletrónica da entidade durante o período de funcionamento da comissão, do grupo de trabalho ou do júri.

1. Identificação da pessoa que se encontra abrangida pelo objeto do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro (artigo 1.º)

Nome _____

Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão _____

2. Identificação da situação que se encontra inserida no âmbito do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro (artigo 2.º)

Identificação da situação _____

Identificação do Estabelecimento, serviço ou organismo onde se verifica a situação _____

Duração da situação (início/fim) _____

3. Observações

4. Declaração

Declaro não estar abrangido pelas incompatibilidades previstas no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro.

☐ **Não exerço funções remuneradas, regular ou ocasionalmente, em empresas produtoras, distribuidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos.**

Entende-se por exercício de funções em tais empresas a prossecução direta de atribuições conforme o objeto social ou a atividade económica da respetiva entidade. Não se considera exercício de funções em tais empresas a preleção em palestras ou conferências organizadas pelas mesmas, nem a participação em ensaios clínicos ou estudos científicos no âmbito da respetiva atividade.

☐ **Não sou proprietário nem detenho interesses na propriedade de empresas produtoras, distribuidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos.**

Entende-se por propriedade e detenção de interesses na propriedade de tais empresas a titularidade de quaisquer participações sociais ou de quaisquer interesses com expressão pecuniária, acessíveis ou resultantes do respetivo objeto social ou atividade económica, de forma direta ou por interposta pessoa.

☐ **Não sou membro de órgão social de sociedade científica, associação ou empresa privada, as quais tenham recebido financiamento de empresa produtora, distribuidora ou vendedora de medicamentos ou dispositivos médicos, em média, por cada ano, num período de tempo considerado até cinco anos anteriores, num valor total superior a 50.000EUR.**

Entende-se como membro de órgão social o que se encontrar em efetividade de funções, com mandato não suspenso. Não se entende em efetividade de funções o membro de órgão social que tenha expressamente renunciado ao cargo e notificado formalmente em conformidade a sociedade ou associação que integra. Não estão abrangidas as situações relativas a associações públicas profissionais.

Entende-se como financiamento, toda a captação de recursos que origine fluxo financeiro, de bens ou vantagens com expressão pecuniária, que não seja, formal e expressamente, por via de contratualização ou meio equivalente, dirigida à realização dos fins próprios da sociedade, associação ou empresa, para investigação, ensaios clínicos, estudos científicos, nomeadamente epidemiológicos.

(O aqui declarado não prejudica a aplicação do regime de incompatibilidades, impedimentos e inibições previsto nas disposições reguladoras de conflitos de interesses resultantes do exercício de funções públicas, nomeadamente quanto a garantias de imparcialidade previstas na Lei 12-A/2008 de 27 de fevereiro e no Código do Procedimento Administrativo, bem como, quando aplicável, não prejudica a declaração de interesses dos profissionais de saúde exigida em situações específicas de apreciação casuística e o cumprimento das obrigações de transparência e publicidade previstas no Estatuto do Medicamento, aprovado pelo Decreto-Lei 176/2006, de 30 de agosto, na versão atual)

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura)

7.2.7. CARTA ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

“Em cumprimento do acordo salarial para 1996 e dos compromissos de médio e longo prazo, foi discutida e consensuada com as associações sindicais subscritoras do acordo um texto designado «Carta ética – Dez princípios éticos da Administração Pública».”^[21]

Princípio do Serviço Público

Os funcionários encontram-se ao serviço exclusivo da comunidade e dos cidadãos, prevalecendo sempre o interesse público sobre os interesses particulares ou de grupo.

Princípio da Legalidade

Os funcionários atuam em conformidade com os princípios constitucionais e de acordo com a lei e o direito.

Princípio da Justiça e da Imparcialidade

Os funcionários, no exercício da sua atividade, devem tratar de forma justa e imparcial todos os cidadãos, atuando segundo rigorosos princípios de neutralidade.

Princípio da Igualdade

Os funcionários não podem beneficiar ou prejudicar qualquer cidadão em função da sua ascendência, sexo, raça, língua, convicções políticas, ideológicas ou religiosas, situação económica ou condição social.

Princípio da Proporcionalidade

Os funcionários, no exercício da sua atividade, só podem exigir aos cidadãos o indispensável à realização da atividade administrativa.

Princípio da Colaboração e da Boa-fé

Os funcionários, no exercício da sua atividade, devem colaborar com os cidadãos, segundo o princípio da boa-fé, tendo em vista a realização do interesse da comunidade e fomentar a sua participação na realização da atividade administrativa.

Princípio da Informação e da Qualidade

Os funcionários devem prestar informações e/ou esclarecimentos de forma clara, simples, cortês e rápida.

Princípio da Lealdade

Os funcionários, no exercício da sua atividade, devem agir de forma leal, solidária e cooperante.

Princípio da Integridade

Os funcionários regem-se segundo critérios de honestidade pessoal e de integridade de carácter.

Princípio da Competência e Responsabilidade

Os funcionários agem de forma responsável e competente, dedicada e crítica, empenhando-se na valorização profissional.

²¹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 47/97, de 22 de Março

7.3. CÓDIGO DE ÉTICA DA ULSNA, EPE

Pelo que antecede, apresenta-se, seguidamente, o Código de Ética da ULSNA, EPE, aprovado pelo Conselho de Administração, em 12 de Dezembro de 2012.

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE (ULSNA), foi criada pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de fevereiro, por fusão do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre, o Hospital de Santa Luzia de Elvas e os centros de saúde do distrito de Portalegre.

Enquanto pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, a ULSNA, EPE tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida, tendo igualmente por objeto o desenvolvimento de atividades de investigação, formação e ensino.

Neste contexto, sendo missão da ULSNA, EPE a promoção de todos os cidadãos através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantido a qualidade dos serviços prestados que permitam obter ganhos em saúde, importa assim assegurar que a prossecução desta missão esteja enquadrada em normas e princípios gerais de atuação, consubstanciando valores primordiais a salvaguardar, os quais deverão servir de enquadramento ao desenvolvimento da atividade dos seus colaboradores, que se assumem como a face visível da empresa.

O presente documento visa estabelecer os princípios e valores genéricos que regem a atuação da ULSNA, EPE, nas relações com os seus stakeholders, bem como as normas de ética profissional a observar por todos os seus colaboradores.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

O Código de Ética da ULSNA, EPE, aplica-se a todos os seus trabalhadores e colaboradores, independentemente da natureza do seu vínculo contratual ou posição hierárquica.

Por trabalhadores devem entender-se todos os colaboradores titulares de contrato individual de trabalho, trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas, trabalhadores com vínculo a outras empresas/entidades públicas em situação de cedência à ULSNA, EPE, e ainda a todos os colaboradores da ULSNA, EPE: órgãos estatutários, prestadores de serviços.

As normas constantes do presente Código não prejudicam a aplicação de instrumentos legais, gerais ou especiais nem dos regulamentos internos que vigorarem na ULSNA, EPE, assumindo carácter geral e imperativo, podendo o seu incumprimento constituir infração passível de procedimento disciplinar.

As referidas infrações serão punidas, nos termos da lei e das normas internas aplicáveis, tendo em conta a gravidade da infração, o grau de culpa do infrator e as consequências do ato, mediante a aplicação de uma sanção que será graduada no caso concreto.

3. PRINCÍPIOS DE ATUAÇÃO DA ULSNA, EPE

Atendendo às suas especificidades, a ULSNA, EPE rege a sua atividade de acordo com os seguintes princípios:

3.1. Legalidade

A atuação da ULSNA, EPE conforma-se com o direito, observando os princípios, as regras e os procedimentos previstos da legislação vigente.

3.2. Não discriminação, igualdade de tratamento e imparcialidade

Em todas as situações será promovida a não discriminação, designadamente, em função do género, da nacionalidade, origem étnica, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica ou condição social, capacidade física ou orientação sexual, tendo em vista a igualdade de tratamento e de oportunidades e uma atuação justa e imparcial.

3.3. Coerência, Boa-fé e Transparência

A atuação da ULSNA, EPE deverá ser coerente, orientada pelas regras da boa-fé, potenciando para tanto, a transparência da sua atividade e dos resultados a alcançar.

3.4. Comunicação e Partilha de Informação

A comunicação será perspectivada como um fator de desenvolvimento com todos os intervenientes.

3.5. Formação Profissional

A ULSNA, EPE, incentiva à aquisição, consolidação e atualização de competências profissionais, adotando as medidas necessárias para proporcionar adequada formação aos seus trabalhadores e estimulando as iniciativas individuais em matéria de autoformação e enriquecimento académico, em áreas relevantes para a atuação da ULSNA.

3.6. Cordialidade e Solidariedade

A ULSNA, no seu todo, promove e estimula um bom relacionamento interpessoal, o respeito e cordialidade entre colegas, a solidariedade, a colaboração e o espírito de equipa.

4. PRINCÍPIOS ÉTICOS – NORMAS DE CONDUTA

É objetivo da ULSNA, EPE, garantir que todos os colaboradores conheçam e interiorizem os princípios a seguir elencados, como referencial de conduta permanente.

4.1. Profissionalismo

Todos os trabalhadores devem adotar em todas as circunstâncias um comportamento competente e correto, respeitando os padrões das funções que desempenham e da empresa que representam, cumprindo com zelo e eficiência as responsabilidades e deveres que lhe sejam cometidos.

4.2. Integridade e Independência

Os trabalhadores e colaboradores da ULSNA, EPE devem pautar a sua atividade segundo critérios de honestidade e integridade de carácter, devendo atuar dentro de um quadro de transparência, lealdade e boa-fé, abstendo-se de, por quaisquer formas, criar ou manter situações de favor ou irregularidades.

Os trabalhadores da ULSNA, EPE, asseguram em permanência, uma conduta equidistante relativamente aos interesses com que sejam confrontados, pautando a sua atuação de acordo com imperativos de rigor e autonomia técnica.

Os trabalhadores devem garantir uma independência absoluta entre os seus interesses pessoais e da ULSNA, EPE.

4.3. Lealdade e Cooperação

Os princípios da lealdade e da cooperação implicam que todos os trabalhadores, independentemente da posição hierárquica que ocupam, desempenhem adequadamente e com eficiência as tarefas que lhes são atribuídas, garantindo sempre a total transparência e lisura no relacionamento interpessoal, devendo, designadamente, manter informados todos os colegas intervenientes no mesmo assunto acerca dos trabalhos em curso e fomentar a apresentação de contributos e sugestões de melhoria.

Os deveres de lealdade e colaboração pressupõem ainda uma atitude de respeito pelos compromissos assumidos verbalmente ou por escrito.

4.4. Igualdade de Tratamento

Encontra-se vedado o exercício de qualquer tipo de discriminação, em especial, com base no género, na nacionalidade, origem étnica, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social, capacidade física ou orientação sexual.

4.5. Sigilo Profissional

Os trabalhadores deverão cumprir com o máximo rigor as normas legais e as orientações das entidades competentes em matéria de proteção de dados pessoais, nomeadamente no respeito pelos mais elevados padrões de segredo profissional no acesso, gestão e processamento da informação clínica.

Nos termos da legislação em vigor, o relacionamento da ULSNA, EPE com os utentes deve pautar-se pela observância de uma estrita confidencialidade e pelo cumprimento dos deveres que sobre os trabalhadores impedem, designadamente o dever de não revelar ou utilizar informações sobre factos e pessoas, a não ser mediante autorização expressa ou nos [...casos...] previstos na lei.

O dever de sigilo aplica-se igualmente aos factos respeitantes à vida da ULSNA, EPE de que tenham conhecimento no exercício das suas funções ou por causa delas.

4.6. Responsabilidade com a Empresa

Os trabalhadores da ULSNA, EPE devem manifestar total disponibilidade na condução dos assuntos da empresa, assegurando com empenho as tarefas diárias e informando acerca da sua evolução, permitindo a adoção de medidas preventivas e corretivas que se mostrem adequadas.

Os trabalhadores devem respeitar e proteger o património da ULSNA, EPE, não permitindo a utilização abusiva dos serviços, equipamentos ou instalações.

4.7. Compromisso

Os trabalhadores e colaboradores deverão empenhar todos os conhecimentos e capacidades no cumprimento das tarefas que lhes estejam confiadas e usar de lealdade para com os colegas, superiores hierárquicos e colaboradores na sua dependência. As atividades desenvolvidas devem revestir-se de padrões de elevada qualidade, transparência e rigor, de modo a que as decisões sejam atempadas, devidamente ponderadas e fundamentadas.

8. CONTRATAÇÃO PÚBLICA

A Resolução da Assembleia da República n.º 47/2007, de 21 de Setembro, aprovou a Convenção contra a Corrupção, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 31 de Outubro de 2003. Da Convenção resulta pertinente, atendendo à matéria tratada no presente ponto, a transcrição do seguinte articulado.

Artigo 1.º – Objeto

A presente Convenção tem por objeto:

- a) Promover e reforçar as medidas que visam prevenir e combater de forma mais eficaz a corrupção;
- b) Promover, facilitar e apoiar a cooperação internacional e a assistência técnica em matéria de prevenção e de luta contra a corrupção, incluindo a recuperação de ativos;
- c) Promover a integridade, a responsabilidade e a boa gestão dos assuntos e bens públicos.

Artigo 9.º – Contratação no sector público e gestão das finanças públicas

1. Cada Estado Parte deverá, em conformidade com os princípios fundamentais do seu sistema jurídico, efetuar as diligências necessárias para introduzir sistemas adequados de contratação assentes na transparência, na concorrência e em critérios objetivos para a tomada de decisões que sejam eficazes, designadamente, na prevenção da corrupção. Estes sistemas, que na sua aplicação poderão ter em conta limiares adequados, deverão prever nomeadamente:
 - a) A divulgação pública de informação sobre os processos de adjudicação e os contratos, incluindo informação sobre os convites para concorrer e informação relevante e pertinente sobre a adjudicação de contratos, dando aos potenciais proponentes tempo suficiente para preparar e apresentar as suas propostas;
 - b) A definição prévia das condições de participação, incluindo os critérios de seleção e adjudicação, bem como as regras relativas ao concurso, e respetiva publicidade;
 - c) A utilização de critérios objetivos e predefinidos para a tomada das decisões em matéria de contratação pública, a fim de facilitar a verificação

posterior da aplicação correta das regras ou dos procedimentos;

- d) Um sistema eficaz de auditoria interna, incluindo um sistema eficaz de recurso que assegure o acesso às vias legais de recurso em caso de incumprimento das regras ou dos procedimentos estabelecidos em conformidade com o presente parágrafo;
 - e) Quando apropriado, medidas para regulamentar as questões relativas ao pessoal responsável pela contratação, tais como a declaração de interesses no caso de determinados contratos públicos, os procedimentos de seleção e requisitos em matéria de formação.
2. Cada Estado Parte deverá, em conformidade com os princípios fundamentais do seu sistema jurídico, adotar medidas adequadas para promover a transparência e a obrigação de prestar contas na gestão das finanças públicas. Essas medidas deverão incluir nomeadamente:
 - a) Procedimentos para a adoção do orçamento nacional;
 - b) Informação atempada sobre as receitas e as despesas;
 - c) Um sistema de normas de contabilidade e de auditoria, bem como de supervisão conexa;
 - d) Sistemas eficazes e eficientes de gestão de riscos e de controlo interno; e
 - e) Quando apropriado, medidas corretivas em caso de incumprimento dos requisitos definidos no presente número.
 3. Cada Estado Parte deverá, em conformidade com os princípios fundamentais do seu direito interno, adotar as medidas legislativas e outras que entenda necessárias para preservar a integridade dos livros contabilísticos, dos registos, das demonstrações financeiras ou de outros documentos relativos à despesa e receita públicas, e prevenir a falsificação desses documentos.

O CPC, na sua Recomendação n.º 1/2009, de 1 de Julho, fez anexar um Relatório que sintetiza os resultados da aplicação de um questionário, cujo objetivo foi o de “proceder ao levantamento dos riscos de corrupção e infrações conexas nas áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos”.

No ponto 2.1 daquele Relatório, o CPC teceu, relativamente aos procedimentos na área da contratação pública, e em função das cinco variáveis que o questionário considerou (avaliação das necessidades e planeamento da contratação, procedimentos pré-contratuais, celebração e execução do contrato, controlo interno e avaliação do cumprimento dos contratos de empreitadas e de aquisição de bens e serviços), as seguintes considerações:

- a) Em regra, os Organismos e Serviços que responderam ao questionário possuem sistemas de avaliação das suas necessidades, embora os respetivos processos de planeamento e avaliação pareçam integrar fatores distintos daqueles que foram considerados no questionário;
- b) Parece não existir um padrão uniforme relativamente ao recurso a “especialistas” externos para a preparação dos projetos e cadernos de encargos, embora, nas situações em que se verifica o recurso a tais “especialistas”, exista uma uniformidade procedimental nos respetivos processos de seleção. Por outro lado, parece não existir um padrão de

uniformidade quanto aos critérios de certificação dos procedimentos pré-contratuais;

- c) Quanto à celebração e execução do contrato, os resultados revelam uma tendência generalizada para os Serviços e Organismos não negociarem os termos, nem redigirem os textos dos contratos, nem das respetivas minutas ou anexos. Porém, nos casos em que essa tarefa é confiada a gabinetes externos especializados, verifica-se que a maioria dos Serviços e Organismos tende a cumprir os quesitos formulados no questionário (declaração de inexistência de interesses particulares com o adjudicatário e comprovativo de que a sua responsabilidade profissional

está coberta por seguro), embora tendam a não verificar os mecanismos perguntados para assegurar o controlo interno dos termos em que o contrato é celebrado (as cláusulas do contrato são legais e concordantes com o objeto do concurso), nem a garantir a inexistência de posteriores adendas ou alterações, nem, no caso das empreitadas, a verificar as condições de existência de “trabalhos a mais”. Ao invés, e para os procedimentos de aquisição de bens, verifica-se existir uma evidente tendência para os Serviços e Organismos não deixarem ultrapassar os limites legais para a execução dos contratos, bem como para atestarem da respetiva execução antes de procederem às ordens de pagamento respetivas;

- d) *Relativamente aos aspetos do controlo interno, os resultados demonstram a existência de uma tendência unânime para as várias fases dos procedimentos de aquisição de bens e serviços serem processadas por departamentos ou unidades funcionais orgânicas independentes entre si, embora se verifique uma tendência para a inexistência das medidas perguntadas no sentido de evitar conflitos de interesse que possam colocar em causa a transparência de tais procedimentos, nomeadamente de eventuais situações de corrupção e de favoritismo*

injustificado. Por outro lado, verifica-se existir uma tendência para se proceder a avaliações “a posteriori” dos níveis de qualidade e do preço dos bens e serviços adquiridos, com utilização dos respetivos resultados em contratações futuras. Evidencia-se ainda uma tendência para não se informarem expressamente os funcionários, da intolerância face a eventuais casos de corrupção. Finalmente e em relação à formação específica, verifica-se que os Serviços e Organismos tendem a formar os seus funcionários na área do Código dos Contratos Públicos, embora tendam a não conceder formação relativamente aos termos do Decreto-Lei n.º 34/2009;

- e) *Quanto aos procedimentos de adjudicação de empreitadas mais utilizados verifica-se uma tendência relativamente unânime para todos os Serviços e Organismos recorrerem igualmente a concursos públicos, concursos limitados, consultas prévias, ajustes diretos e ajustes diretos com consulta prévia;*
- f) *Por sua vez e relativamente aos procedimentos de aquisição de bens e serviços, verifica-se não serem tão equitativamente utilizados por todos os Serviços e Organismos, como se verificou em relação aos procedimentos para adjudicação de empreitadas;*

O Relatório Anticorrupção da União Europeia, publicado em 3 de Fevereiro de 2014, resume as áreas de risco, em matéria de corrupção nos concursos públicos, que foram veiculadas pelo Relatório-Síntese, supracitado: “controlo e verificação reduzidos dos conflitos de interesses e favoritismo, insuficiente sensibilização dos funcionários públicos acerca dos riscos relacionados com a corrupção, controlo limitado das alterações contratuais e mecanismos de verificação deficientes na fase seguinte à adjudicação, ou seja, da execução do contrato”.

A União Europeia procede, ainda, no seu Relatório Anticorrupção, à apresentação dos resultados obtidos no Eurobarómetro de 2013 sobre a corrupção em Portugal, de onde se destacam, como práticas generalizadas na contratação pública gerida pelas autoridades nacionais e autoridades locais, as seguintes^[22]: “cadernos de encargos feitos à medida de empresas específicas; abuso de procedimentos negociados; conflitos de interesses na avaliação das propostas; propostas concertadas; critérios de seleção e avaliação pouco claros; abuso de motivos de urgência para evitar abrir concursos públicos; alteração dos termos do contrato após a sua celebração; participação dos proponentes na elaboração do caderno de encargos.”

8.1. RECOMENDAÇÃO DO CPC N.º 1/2015, DE 7 DE JANEIRO

Considerando o peso e a importância dos contratos públicos na economia e, em particular, na despesa do Estado e demais entidades gestoras de recursos públicos, o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) sublinha que os riscos de corrupção aumentam na medida dos elementos materiais presentes e da sua relevância financeira e económica, como vem sendo sublinhado por Organizações internacionais, em especial, a OCDE.

Estes riscos de corrupção e infrações conexas apresentam especificidades que exigem conhecimento teórico e prático dos procedimentos, à luz, nomeadamente, do Código dos Contratos Públicos e das Diretivas europeias aplicáveis.

Nestes termos, ao abrigo do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, em reunião de 7 de janeiro de 2015, o Conselho de Prevenção da Corrupção aprova a presente Recomendação dirigida a todas as entidades que celebrem contratos públicos, nos seguintes termos:

1. *Reforçar a atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, quanto à sua formação e execução, devendo, em especial, fundamentar-se sempre a escolha do adjudicatário;*

2. *Incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada para a elaboração e aplicação das peças procedimentais respetivas, em especial, do convite a contratar, do programa do concurso e do caderno de encargos;*
3. *Garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública, nomeadamente através da publicidade em plataformas eletrónicas, nos termos legais;*
4. *Assegurar o funcionamento dos mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses na contratação pública;*
5. *Reduzir o recurso ao ajuste direto, devendo quando observado, ser objeto de especial fundamentação e ser fomentada a concorrência através da consulta a mais de um concorrente;*
6. *Solicitar aos órgãos de fiscalização, controlo e inspeção do Setor Público nas suas ações, especial atenção à matéria objeto desta Recomendação.*

²² “Embora estes indicadores não estejam diretamente relacionados com a corrupção, ilustram os fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade dos processos de adjudicação de contratos públicos à corrupção.”

CAPÍTULO IV

MODELO DE GESTÃO DE RISCOS

9. CONCEITOS

Importa tornar inequívocos os conceitos associados à gestão de riscos, de modo a dotar todos os trabalhadores das noções fundamentais que possibilitem a consciência e envolvimento pleno na concretização das medidas presentes neste Plano.

De acordo com a Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais^[23] do COSO, o risco pode ser entendido como a possibilidade da ocorrência de um evento que afete negativamente o cumprimento de objetivos.^[24]

Além da tipologia de riscos já abordada no presente Plano, importa, também, elucidar sobre os riscos de natureza operacional, que se consubstanciam na possibilidade de ocorrência de perdas de ativos resultantes de erros, deficiências ou inadequação dos processos internos, pessoas ou sistemas, assim como de falhas de segurança, ou de eventos externos, legais e contenciosos. Estes riscos poderão desencadear a redução, degradação ou interrupção, total ou parcial, das atividades, com impacto negativo na imagem ou ativos da Instituição.

O COSO define a gestão de riscos como um processo conduzido pela Administração, Gestão e outros colaboradores, aplicado no estabelecimento de uma estratégia transversal a toda a estrutura organizacional, desenhado para identificar potenciais eventos que possam afetar a entidade e manter o risco dentro dos níveis tolerados (apetite pelo risco), de forma a providenciar uma segurança razoável no cumprimento dos objetivos organizacionais.^[25]

A gestão de riscos deve, por conseguinte, ser um processo contínuo e dinâmico na identificação, análise e tratamento dos riscos, assegurando que os mesmos permaneçam a um nível que não comprometa a prossecução da missão, estratégia e objetivos da ULSNA, EPE, devendo ser integrada na sua cultura, com um programa eficaz e conduzido pelo órgão de gestão de topo.

Existe uma relação direta entre os objetivos e os componentes da gestão de riscos, representando os segundos a resolução para a concretização dos primeiros. Esta relação é representada através de uma matriz tridimensional em forma de cubo, na qual as colunas diagonais representam as quatro categorias de objetivos (estratégicos, operações, reporte e conformidade), as linhas horizontais representam os oito componentes interrelacionados e integrados no processo de gestão de riscos e a terceira dimensão representa a entidade bem como todas as suas divisões, unidades e subsidiárias.

Figura 4 – Representação da matriz tridimensional do COSO – ERM



Fonte: Adaptado da Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais do COSO

²³ Enterprise Risk Management (ERM) – Integrated Framework © 2004

²⁴ Tradução livre: "Risk is the possibility that an event will occur and adversely affect the achievement of objectives."

²⁵ Tradução livre: "Enterprise risk management is a process, effected by an entity's board of directors, management and other personnel, applied in strategy setting and across the enterprise, designed to identify potential events that may affect the entity, and manage risk to be within its risk appetite, to provide reasonable assurance regarding the achievement of entity objectives."

10. COMPONENTES

10.1. AMBIENTE INTERNO

O cerne de qualquer negócio são os seus recursos humanos (especificamente os atributos individuais relacionados com a integridade, valores éticos e competência) e o ambiente em que estes operam.

O ambiente interno determina a forma como o risco, o respetivo grau de tolerância e o SCI são percecionados pela Entidade, constituindo a base para todos os outros componentes da gestão de riscos.

O AMBIENTE INTERNO INFLUENCIA A FORMA COMO:

- A estratégia e os objetivos são definidos;
- As atividades são estruturadas, desenhadas e realizadas;
- Os riscos são identificados, avaliados e geridos;
- Os sistemas de informação e comunicação são desenhados e funcionam;
- As atividades de monitorização são desenhadas e realizadas.

A filosofia de gestão de riscos consiste nas convicções, opiniões e atitudes e caracteriza-se na forma como a Instituição perceciona o risco em todas as suas atividades, desde o desenvolvimento e implementação da estratégia às suas atividades quotidianas. Reflete os valores institucionais, influenciando a sua cultura e estilo operacional e afeta a forma como os componentes da gestão de riscos são aplicados, e como os riscos são identificados, aceites e geridos. Esta filosofia deverá repercutir-se por toda a Instituição, sendo veiculada através de políticas, informações verbais ou escritas e na tomada de decisões.

O apetite pelo risco determina o nível de risco que uma entidade se predispõe a aceitar para atingir os seus objetivos, e é considerado ao estabelecer a estratégia institucional, podendo ser definido em termos qualitativos ou quantitativos.

10.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

O facto de as Instituições enfrentarem uma variedade de riscos, com origem em fontes internas ou externas, determina a definição de objetivos como pré-condição à identificação, avaliação e resposta adequada aos riscos.

Os objetivos definidos a nível estratégico estabelecem a base para a definição dos objetivos operacionais, de reporte e de conformidade, os quais deverão estar alinhados e ser consistentes com o nível de apetite pelo risco definido pela Instituição. Recordando a matriz tridimensional apresentada anteriormente, constituem objetivos organizacionais, os seguintes:

Quadro 1 – Definição de objetivos organizacionais

OBJETIVOS	DESCRIÇÃO
Estratégicos	Objetivos de alto nível alinhados com a missão e visão.
Operacionais	Objetivos relacionados com a eficácia e eficiência das operações, que constituem uma referência na alocação dos recursos.
Reporte	Objetivos relacionados com a preparação de reportes internos ou externos contendo informação fiável, de natureza financeira ou não financeira.
Conformidade	Objetivos relacionados com o cumprimento de legislação e regulamentação aos quais a Instituição se encontra sujeita.

Fonte: Adaptado da Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais do COSO

10.3. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

Deverão ser identificados, de forma contínua e interativa, os eventos de origem interna e externa que, caso ocorram, possam comprometer, positiva ou negativamente, a implementação da estratégia e a concretização dos objetivos da organização. A eficácia da gestão de riscos depende, em larga medida, da capacidade da organização desenvolver, continuamente, o processo de identificação dos riscos, nomeadamente, através de atualizações periódicas aquando da deteção de novos riscos ou da sua erradicação.

De um modo geral, a identificação dos riscos constitui uma fase crucial, pelo facto de formar a base da avaliação de riscos e assegurar que a estes seja atribuída uma resposta adequada.

Existem inúmeros fatores internos e externos que afetam a implementação da estratégia e a concretização de objetivos, dos quais se destacam os seguintes:

Quadro 2 – Fatores potenciadores do risco

FATORES INTERNOS		FATORES EXTERNOS	
Estratégicos	Alteração da estratégia da Instituição ou dos seus objetivos sem o respetivo ajustamento do SCI.	Económicos	Oscilações de preços, disponibilidade de capital ou aumento da concorrência.
Estruturais	Paragens nos equipamentos, indisponibilidade de recursos ou serviços, infraestruturas desajustadas.	Ambientais	Terramotos, incêndios, ou outras catástrofes naturais das quais possam resultar perdas ou danos nas infraestruturas, ou em capital humano.
Recursos Humanos	Acidentes de trabalho, atividades fraudulentas ou perdas de capital intelectual.	Políticos	Eleição de novos governos, alteração de agendas políticas, regulamentos ou legislação.
Processos	Alterações aos processos sem uma adequada gestão, ocorrência de erros processuais, recurso a <i>outsourcing</i> sem apropriada monitorização, inadequação dos procedimentos, ineficiência e ineficácia dos circuitos.	Sociais	Modificações nas condições demográficas, nos costumes sociais, na estrutura familiar, nas prioridades na vida profissional/familiar, resultando em alterações na procura de produtos e serviços, entre outros.
Tecnológicos	Falhas de segurança que resultem no acesso indevido, indisponibilidade ou perda da informação; necessidade de atualização tecnológica dos equipamentos com consequente incremento de custos.	Tecnológicos	Novas formas de comércio eletrónico resultando na expansão da disponibilidade de serviços e no aumento da procura; rápida evolução tecnológica.

Fonte: Adaptado da Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais do COSO

A identificação de riscos poderá, na sua metodologia, empregar uma combinação de técnicas. As técnicas de identificação de riscos deverão considerar quer eventos passados, quer eventos que possam ocorrer no futuro.

No que concerne a eventos passados deverão ser tidas em consideração questões como o comportamento da Instituição, dos seus clientes ou do mercado em que esta opera. As técnicas cujo foco recai sobre eventos futuros deverão considerar questões ao nível de alterações nas características demográficas, novas condições de mercado ou ações concorrenciais.

A título de exemplo, algumas das técnicas para identificação de riscos poderão consistir em reuniões e entrevistas com os responsáveis dos Serviços ou demais colaboradores, no desenho e análise do fluxo dos processos, na realização de avaliações de situações adversas ocorridas em entidades congéneres, ou, ainda, na consulta de listagens que forneçam informação sobre riscos específicos do sector de atividade, e que poderão servir como ponto de partida na identificação dos riscos.

10.4. AVALIAÇÃO DOS RISCOS

O horizonte temporal utilizado para a avaliação dos riscos deverá ser consistente com o da estratégia e os objetivos da Instituição. Os riscos identificados são avaliados de acordo com a sua probabilidade de ocorrência e impacto previsto, sendo a primeira representativa da possibilidade ou da respetiva frequência da ocorrência de determinado evento e a segunda representativa do seu efeito.

Os riscos devem, ainda, ser classificados numa perspetiva de risco inerente e risco residual. O risco inerente é aquele que existe antes de ser considerada qualquer resposta ao risco, nomeadamente através da implementação de controlos que visem reduzir a probabilidade de ocorrência ou o seu impacto. O risco residual é aquele que permanece após a implementação de respostas ao risco. A avaliação de risco é, inicialmente, efetuada, considerando os riscos inerentes e, após a definição e implementação de respostas ao risco, efetuada para os riscos residuais.

Quadro 3 – Critérios de classificação do risco

IMPACTO PREVISTO		PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA	
Baixo	Os possíveis impactos financeiros ou outros não são considerados materialmente relevantes nem os danos provocados comprometem a eficácia ou eficiência das operações ou a imagem da Instituição.	Baixa	Atendendo à natureza da atividade ou à eficácia/adequação das medidas de controlo, a possibilidade de ocorrência de determinado evento ou a frequência com que este possa ocorrer, num determinado período, é relativamente baixa.
Médio	O risco identificado pode comportar prejuízos financeiros ou outros e afetar o funcionamento dos Serviços e os objetivos de gestão, podendo comprometer a eficiência e a eficácia dos processos.	Média	A probabilidade de ocorrência de determinado evento de risco é classificada como média, quando o processo seja executado ocasionalmente e o respetivo controlo interno não se revele suficientemente eficaz.
Alto	O risco identificado pode resultar em prejuízos financeiros materialmente relevantes ou outros de impacto significativo, comprometendo a eficiência e a eficácia dos processos e colocando em causa o cumprimento da missão da Instituição e a sua imagem.	Alta	A probabilidade de ocorrência ou de frequência de um evento de risco é considerada alta quando a natureza da atividade apresenta essa característica, ou quando isolada ou cumulativamente, as medidas de controlo introduzidas, se revelem inadequadas ou ineficazes.

Fonte: Elaboração própria

A classificação de determinado risco é estabelecida utilizando uma grelha bidimensional, em cujos eixos figuram o impacto previsto e a probabilidade de ocorrência, conforme demonstrado pela matriz seguinte.

Figura 5 – Matriz de classificação dos riscos



Fonte: Elaboração própria

10.5. RESPOSTAS AOS RISCOS

Após conduzir um processo de avaliação dos riscos, a Instituição deverá determinar uma resposta adequada, no sentido de evitar, partilhar, reduzir ou aceitar esses riscos, considerando o processo em causa e o efeito sobre a probabilidade de ocorrência e o impacto previsto, assim como os custos e benefícios subjacentes à opção tomada, de forma a manter os riscos residuais, após a efetivação das medidas de controlo, dentro de um limite aceitável. Esta decisão poderá ser auxiliada pela aplicação de um conjunto de estratégias, como as apresentadas seguidamente.

Quadro 4 – Respostas aos riscos

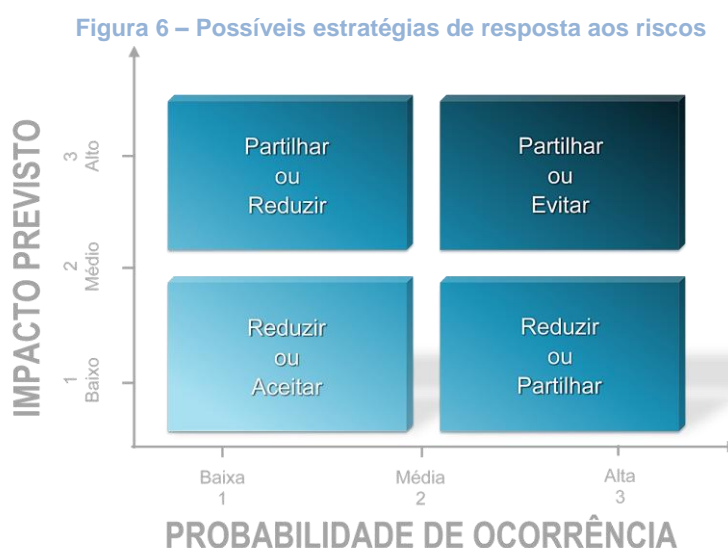
RESPOSTA	DESCRIÇÃO
Evitar	Eliminar a causa ou descontinuar as atividades que geram o risco, nomeadamente através da desistência de uma linha de produção, do recuo na expansão para novos mercados geograficamente dispersos, ou da venda de uma unidade de negócio.
Partilhar	Reduzir a probabilidade de ocorrência ou impacto previsto, transferindo ou partilhando parte do risco com terceiros, através, designadamente, da aquisição de apólices de seguros ou do recurso a <i>outsourcing</i> .
Reduzir	Adotar medidas que reduzam a probabilidade de ocorrência ou o impacto previsto, ou ambos.
Aceitar	Nenhuma ação é adotada no sentido de influenciar a probabilidade de ocorrência ou o impacto previsto.

Fonte: Adaptado da Estrutura Integrada de Gestão de Riscos Empresariais do COSO

A ação “evitar” sugere, *a priori*, ou após a adoção de outra estratégia de resposta ao risco, que quaisquer medidas de controlo que se prevejam adotar ou que tenham sido adotadas, não sejam identificadas como suficientes para reduzir o risco para um nível aceitável. As ações “partilhar” ou “reduzir” permitem mitigar o risco para um nível de tolerância compatível com a estratégia da Instituição. Por fim, a ação “aceitar” indica que o nível de risco inerente ou residual já se encontra dentro do nível tolerado.

Um risco com reduzida probabilidade de ocorrência e impacto potencialmente baixo não exigirá maiores considerações. Por outro lado, um risco com elevada probabilidade de ocorrência e um impacto potencialmente significativo exigirá, no sentido de o mitigar até um nível aceitável, uma resposta mais eficaz e célere, concretizada, nomeadamente, através do direcionamento dos recursos. As circunstâncias situadas entre esses extremos são, geralmente, difíceis de gerir.

Caso a resposta passe pela redução do risco, carece que seja efetuada análise ponderada ao peso relativo que cada uma das variáveis, probabilidade de ocorrência e impacto previsto, têm na sua classificação. Por conseguinte, será expectável, que as medidas de controlo a introduzir permitam reduzir o risco para um nível aceitável através da mitigação da variável de maior significado.



Fonte: Elaboração própria

10.6. ATIVIDADES DE CONTROLO

Nos termos do disposto no artigo 18.º, do Anexo III, do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de Janeiro:

1. A ULS, EPE, dispõe de um sistema de controlo interno e de comunicação de irregularidades, competindo ao conselho de administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a responsabilidade pela sua avaliação.
2. O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos na ULS, EPE, com vista a garantir:
 - a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
 - b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;
 - c) O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis,
3. O sistema de controlo interno tem por base um adequado sistema de gestão de risco, um sistema de informação e de comunicação e um processo de monitorização que assegure a respetiva adequação e eficácia em todas as áreas de intervenção.
4. Mediante proposta do serviço de auditoria interna, deve ser aprovado pelo conselho de administração da ULS, EPE, um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiciem:
 - a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
 - b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património da ULS, EPE, ou dos utentes;
 - c) Prejuízo à imagem ou reputação da ULS, EPE

Segundo a Estrutura Integrada de Controlo Interno^[26] do COSO, o controlo interno é um processo desenvolvido pela Administração, Gestão e outros colaboradores, desenhado para permitir uma segurança razoável na realização de objetivos relacionados com a eficácia e eficiência das operações, fiabilidade do reporte financeiro e conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis.^[27]

O controlo interno é uma componente essencial da gestão de riscos, alavancando a mitigação dos riscos para níveis tolerados e funcionando como salvaguarda da retidão na tomada de decisões, prevenindo a ocorrência de erros e irregularidades, ou minimizando as suas consequências. Os controlos devem estar disseminados por todos os níveis organizacionais, podendo compreender, designadamente, procedimentos relacionados com a segregação de funções, revisões, reconciliações ou aprovações.

As atividades de controlo constituem uma parte fundamental no processo pelo qual a Instituição tenta atingir os seus objetivos. Embora os controlos se relacionem, geralmente, com um determinado tipo de objetivos, permitem, por vezes, a concretização de outro tipo de objetivos, isto é, a título de exemplo, controlos sobre operações poderão também assegurar quer a fiabilidade do reporte, quer a conformidade com leis e regulamentos. Na opinião de Moraes e Martins^[28], “qualquer sistema de controlo interno deve incluir os controlos adequados, podendo classificar-se” de acordo com os tipos apresentados no quadro seguinte:

Quadro 5 – Tipificação dos controlos

CONTROLOS	DESCRIÇÃO
Preventivos	Visam impedir que factos indesejáveis ocorram, sendo considerados controlos <i>a priori</i> .
Detetivos	Permitem detetar factos indesejáveis que já tenham ocorrido, sendo considerados controlos <i>a posteriori</i> .
Diretivos/Orientativos	Servem para provocar ou encorajar a ocorrência de um facto desejável.
Corretivos	Possibilitam a retificação de problemas identificados.
Compensatórios	Permitem compensar eventuais fraquezas de controlo noutras áreas da Instituição.

Fonte: Adaptado de Moraes e Martins, 2007, “Auditoria Interna – Função e Processo”, p. 31

²⁶ Internal Control – Integrated Framework © 2013

²⁷ Tradução livre: “Internal control is a process, effected by an entity’s board of directors, management, and other personnel, designed to provide reasonable assurance regarding the achievement of objectives relating to operations, reporting, and compliance.”

²⁸ Moraes, G., & Martins, I. (2007). Auditoria Interna: Função e Processo (3ª ed.). Lisboa: Áreas Editora, pág. 31.

O controlo interno deverá assentar num conjunto de medidas que assegurem o cumprimento dos objetivos institucionais, assumindo, por exemplo, as seguintes formas:

- a) Manuais de controlo interno e regulamentos atualizados e dinâmicos que contenham a descrição e desenho funcional dos procedimentos internos;
- b) Controlo hierárquico regular e focado nas atividades internas de cada Serviço;
- c) Divulgação oportuna de normativos institucionais:
 - Regulamento Interno;
 - Código de Ética;
 - Plano de Gestão de Riscos;
 - Circulares Internas.
- d) Atualização da legislação e regulamentação de enquadramento à atividade.

10.7. INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

O processamento e a filtragem de grandes volumes de informação, proveniente quer de fontes internas, quer de fontes externas, apresenta-se como um dos maiores desafios à tomada de decisões. Assim, a informação considerada relevante deverá ser identificada, avaliada e comunicada de forma e no prazo que, permitam aos vários níveis responder efetivamente aos riscos. Dito de outra forma, para que seja ultrapassado aquele desafio, a informação pertinente deverá fluir de forma correta, com a complexidade necessária, dirigida às pessoas certas e na ocasião oportuna.

A COMUNICAÇÃO DEVE OCORRER DE FORMA A PERMITIR TRANSMITIR, EFICAZMENTE:

- A estratégia e os objetivos institucionais;
- A importância e a pertinência da gestão de riscos;
- O nível de tolerância dos riscos;
- Uma linguagem comum no que concerne à gestão de riscos;
- A definição das funções e responsabilidades das direções e colaboradores na gestão de riscos.

A comunicação também deve ocorrer de fora da Instituição, através de canais por onde clientes/utentes e fornecedores possam fornecer informações significativas acerca da qualidade dos produtos ou serviços, possibilitando, assim, a perceção de riscos que, de outra forma, poderiam passar despercebidos e adaptando a oferta às exigências ou preferências do cliente/utente.

10.8. MONITORIZAÇÃO

O processo de gestão de riscos, na sua globalidade, deverá ser monitorizado, ajustando-o sempre que necessário, pois os objetivos ou a estratégia poderão mudar, as respostas ao risco que antes eram efetivas poderão tornar-se irrelevantes e as atividades de controlo poderão tornar-se menos eficazes ou deixar de ser efetuadas.

A monitorização visa assegurar que a gestão de riscos e respetivos componentes continuam a operar de forma efetiva. Este processo envolve a avaliação da conceção e operação dos controlos, podendo ser efetuada através de atividades contínuas dentro do Serviço ou através de avaliações periódicas independentes realizadas pela Auditoria Interna ou entidades externas.

As atividades de monitorização realizadas continuamente pelos Serviços, onde se incluem, entre outras, atividades regulares de gestão e supervisão, comparações, reconciliações e outras ações rotineiras, permitem reagir de forma mais oportuna a possíveis alterações estruturais e processuais e de forma mais preventiva à ocorrência de erros ou irregularidades, do que as atividades realizadas através de avaliações externas. A monitorização dos controlos realizada, internamente, pelos Serviços, permite uma gestão mais proactiva dos riscos, que aquela, resultante de avaliações externas, que se caracteriza, tendencialmente, por ser mais reativa. Por conseguinte, quanto mais amplas e eficazes sejam as atividades realizadas internamente pelos Serviços, menor será a necessidade da realização de avaliações externas ao Serviço.

Porém, o recurso combinado das duas formas de monitorização, permitirá à Instituição, aumentar a garantia de que, ao longo do tempo, a gestão de riscos se mantém eficaz.

CAPÍTULO V

MATRIZES DE RISCO DOS SERVIÇOS

Nota: A informação vertida nas matrizes de risco ou a sua omissão é da exclusiva responsabilidade dos Serviços

I. SERVIÇO DE GESTÃO DA PRODUÇÃO

a) RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO SGP

Em conformidade com o artigo 64.º, do Regulamento Interno da ULSNA, EPE:

1. O Serviço de Gestão da Produção é dirigido por um profissional designado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Presidente ou Vogal responsável pela área, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.
2. Ao Serviço de Gestão da Produção compreende a área de gestão de doentes, contratualização e a de conferência de faturas.
3. À área de gestão de doentes:
 - a) Organizar e manter atualizado o sistema de informação sobre as atividades da ULSNA, EPE e sobre os direitos e deveres dos utentes, através dos meios de comunicação apropriados aos doentes atuais e potenciais da ULSNA, EPE;
 - b) Organizar e gerir todos os processos de programação informática de serviços prestados aos doentes;
 - c) Rececionar e encaminhar para os serviços adequados os pedidos de consultas e exames formulados por entidades externas e garantir o retorno da informação por parte dos profissionais da ULSNA, EPE;
 - d) Garantir o registo de todos os cuidados de saúde prestados aos doentes e assegurar a cobrança das taxas moderadoras;
 - e) Organizar e manter atualizado o sistema de informação sobre o estado clínico ou óbito de doentes;
 - f) Assegurar a gestão e controlo dos termos de responsabilidade relativos a atos a efetuar no exterior ou no interior da ULSNA, EPE;
 - g) Assegurar a receção de pedidos de relatórios clínicos e o seu processamento;
 - h) Abrir e organizar o processo individual do doente (informático e físico) e emitir o cartão individual de identificação do doente;
 - i) Encaminhar os doentes e familiares para a unidade funcional competente para o tratamento;
 - j) Assegurar os registos administrativos e estatísticos subsequentes aos internamentos, consultas e exames de diagnóstico e terapêutica efetuados mediante o sistema de classificação de doentes utilizado pela ULSNA, EPE;
 - k) Instruir os processos para assistência médica noutra instituição de saúde, nacional ou estrangeira;
 - l) Organizar e manter atualizados o arquivo ativo de processos individuais do utente e o arquivo central dos inativos;
 - m) Organizar o sistema de visitas aos doentes internados;
 - n) Organizar o transporte dos doentes em ambulância e assegurar o controlo da respetiva faturação;
 - o) Organizar e gerir o secretariado clínico e gerir os gabinetes de consulta.
 - p) Garantir a introdução dos dados resultantes dos processos de codificação.
4. É competência da área de conferência de faturação assegurar a correta faturação de serviços solicitados ao exterior, tendo por base a legislação em vigor e os acordos existentes na área de prestação cuidados designadamente, conferir as faturas, incluindo de prestação de serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados no exterior e transporte de doentes, em articulação com os serviços utilizadores.

Responsável pela Gestão: João Pedro Martins Matos Ventura Rodolfo

b) MATRIZ DE RISCO DO SGP

Atividade 1. “RECOLHA DE DADOS DOS UTENTES”

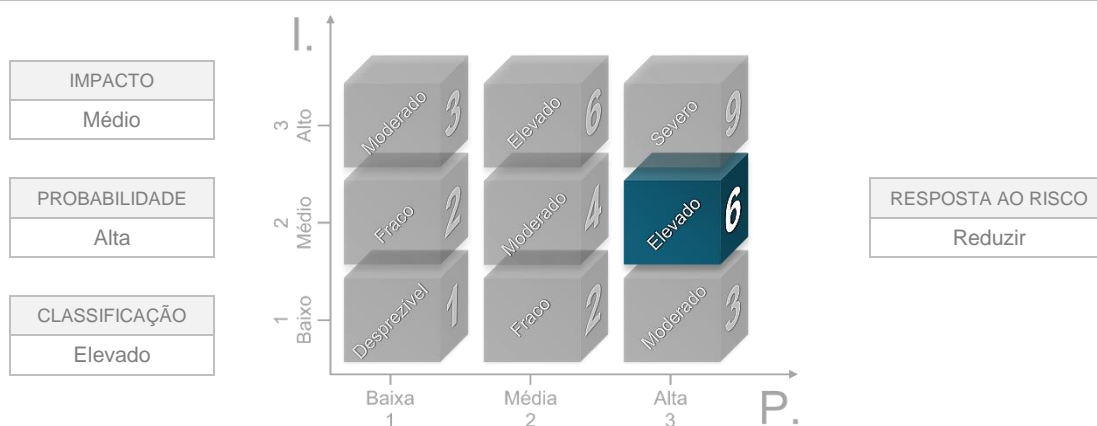
Objetivo 1.1.

DESCRIÇÃO	Garantir boa cobrança das taxas moderadoras
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Reduzir em 5% o valor de taxas moderadoras incobráveis
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.1.1.

DESCRIÇÃO	Perda de receita
CAUSAS POSSÍVEIS	Falta de meios de pagamento pelos utentes; não insistência no <i>front office</i>

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 1.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Implementação do sistema de pré-faturação (SPF)	Detetivo
B	Introdução do abono para falhas de acordo com o volume de cobrança histórico	Orientativo
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/10/2015		Anual	
B	01/01/2015		Anual	
C				

Atividade 1



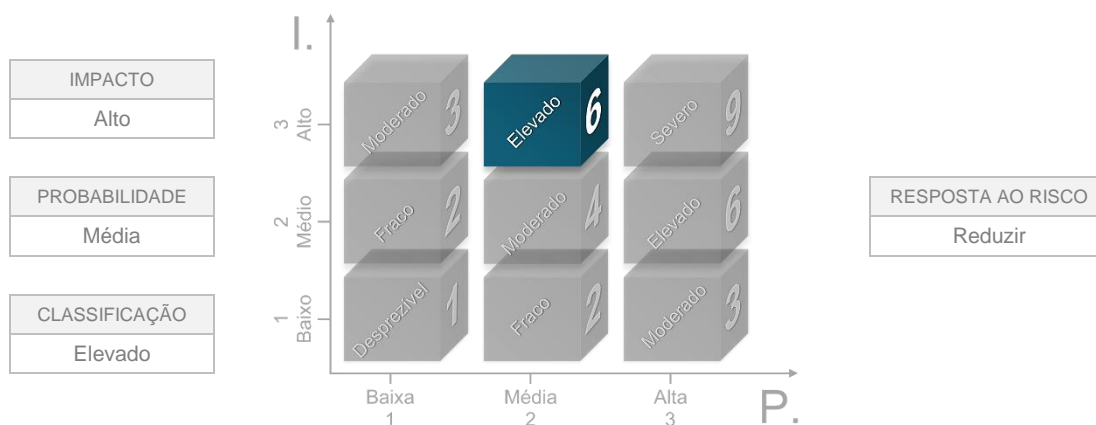
Objetivo 1.2.

DESCRIÇÃO	Registo correto dos dados-mestre dos utentes
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Reduzir em 2% o volume da faturação incobrável
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.2.1.

DESCRIÇÃO	Perda de faturação da ULSNA, EPE e não cumprimento de contrato programa com penalidades associadas.
CAUSAS POSSÍVEIS	Utente sem documentos de identificação; Não atualização do SONHO com base no RNU.

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 1.2.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Sensibilização dos adjuntos para a gestão e assistentes técnicos	Orientativo
B	Envio de <i>email</i> diário identificando os campos de preenchimento obrigatório em falta	Detetivo
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	
B			Anual	O <i>email</i> recebido
C				

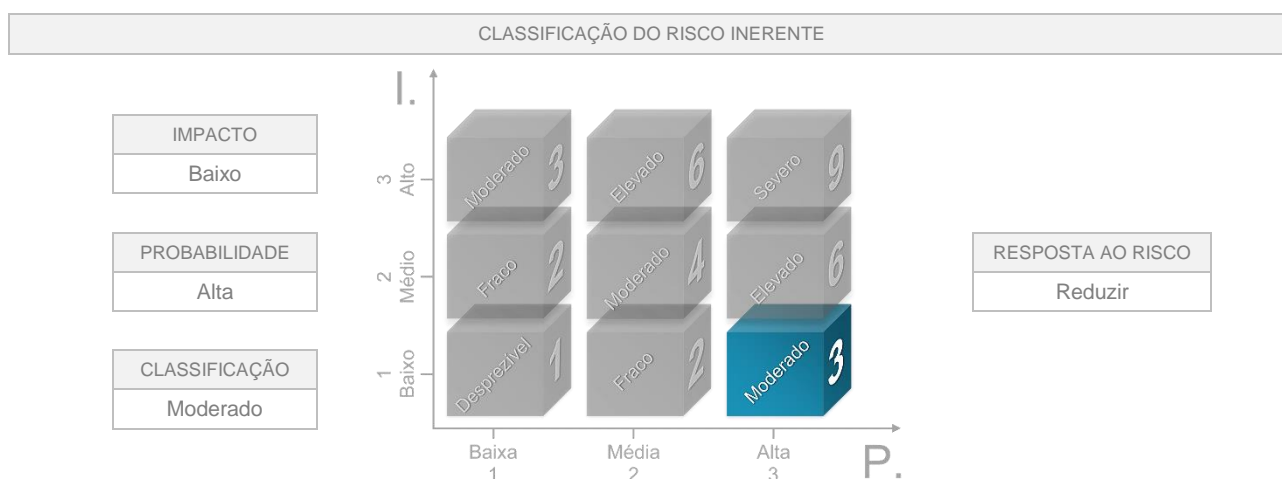
Atividade 2. “COBRANÇA DE TAXAS MODERADORAS”

Objetivo 2.1.

DESCRIÇÃO	Aumentar o volume de cobrança das taxas moderadoras
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Aumentar em 5% a cobrança de taxas moderadoras
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 2.1.1.

DESCRIÇÃO	Diminuição da receita
CAUSAS POSSÍVEIS	Incorreta identificação do utente; falta de meios de pagamento do utente; falta de insistência do <i>front office</i> ; isenções ou dispensas indevidas



Controlos 2.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Alteração do texto das convocações dos utentes	Preventivo
B	Disponibilização de referência MB nas notas de débito (projeto SITAM)	Preventivo
C		

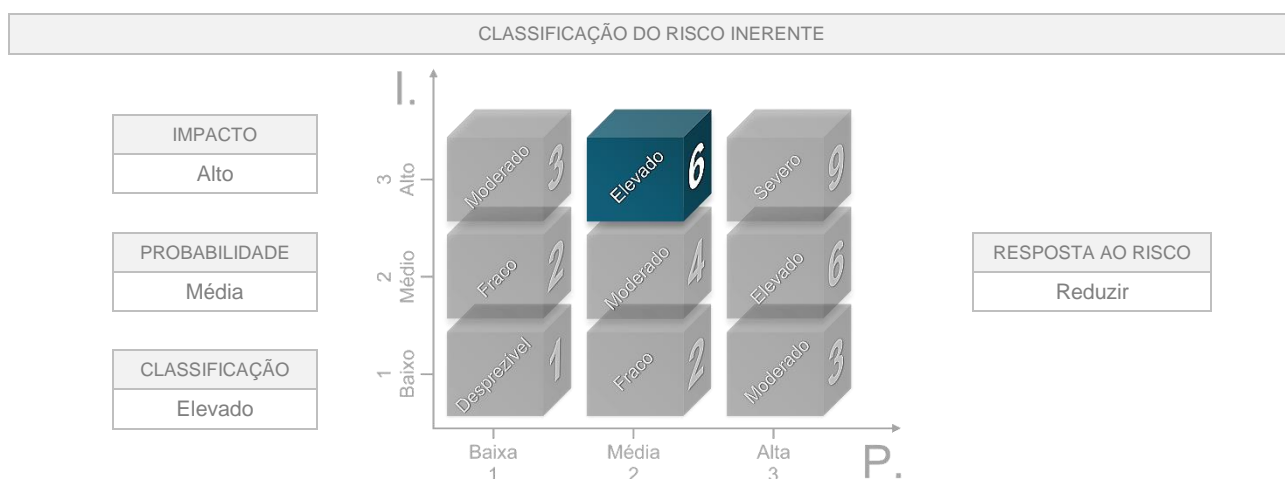
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/11/2015		Anual	
B				
C				

Atividade 3. “REGISTO DOS ATOS DE PRODUÇÃO”
Objetivo 3.1.

DESCRIÇÃO	O correto registo dos atos no SONHO permite faturar os atos realizados contribuindo para o cumprimento da produção contratualizada e faturada
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Reduzir a penalização em 5%
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 3.1.1.

DESCRIÇÃO	Perda de receita
CAUSAS POSSÍVEIS	Registos incorretos; falhas na codificação


Controlos 3.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Envio de listagens com identificação dos episódios com erro para correção	Corretivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	
B				
C				

II. SERVIÇO DE GESTÃO FINANCEIRA

a) RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO SGF

Em conformidade com o artigo 66.º, do Regulamento Interno da ULSNA, EPE:

1. O Serviço de Gestão Financeira é dirigido por um profissional designado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Presidente ou Vogal responsável pela área, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.
2. É competência do Serviço de Gestão Financeira assegurar o funcionamento dos sistemas de contabilidade patrimonial, orçamental e de custos, nos termos definidos no Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), e de acordo com os diplomas que regulam o regime de gestão financeira do Estado.
3. Compete ao Serviço de Gestão Financeira:
 - a) Realizar as operações de abertura e encerramento e prestação de contas;
 - b) Participar na definição da política económica, financeira e orçamental;
 - c) Executar a política económica, financeira e orçamental aprovada pelo órgão de gestão;
 - d) Realizar as operações de abertura, encerramento e prestação de contas;
 - e) Assegurar a veracidade da informação económico-financeira, dando cumprimento a todos os normativos e diretrizes contabilística aplicáveis à ULSNA, EPE;
 - f) Elaborar as Demonstrações Financeiras e respetivos anexos, bem como outras informações de natureza contabilística, económica ou financeira;
 - g) Dar cumprimento às obrigações fiscais e ao dever de informação da instituição;
 - h) Proceder à contabilização de todos os documentos, inerentes a custos, proveitos, ativos, passivos e capitais próprios e garantir os prazos estipulados por lei;
 - i) Proceder à cabimentação económica e financeira das despesas, se e quando aplicável, nos moldes definidos pelos normativos legais em vigor;
 - j) Garantir que as fichas de terceiros estão corretas e atualizadas;
 - k) Efetuar a gestão de imobilizado na sua vertente financeira e contabilística e garantir a integração dos registos do imobilizado na contabilidade;
 - l) Dar cumprimento às obrigações fiscais da organização;
 - m) Elaborar e manter atualizada a contabilidade analítica;
 - n) Emitir a faturação pelos serviços prestados e serviços complementares;
 - o) Contactar com os devedores e desenvolvimento de esforço de recebimento, prévio ao contencioso;
 - p) Elaborar as faturas relacionadas com as prestações de saúde do Serviço Nacional de Saúde;
 - q) Proceder à faturação no âmbito dos Acordos Internacionais e às terceiras entidades, legal e contratualmente responsáveis;
 - r) Proceder à faturação de outros serviços prestados;
 - s) Realizar os ficheiros de acompanhamento de produção, contratualizados no contrato-programa, em articulação com os respetivos serviços envolvidos;
 - t) Proceder a todos os pagamentos e recebimentos, controlo geral de disponibilidades;
 - u) Gerir a tesouraria e aplicar os saldos disponíveis, nos termos das orientações do órgão de gestão.

Responsável pela Gestão: Luís João de Oliveira Marques Polido Paralta

b) MATRIZ DE RISCO DO SGF

Atividade 1. “PAGAMENTO A FORNECEDORES”

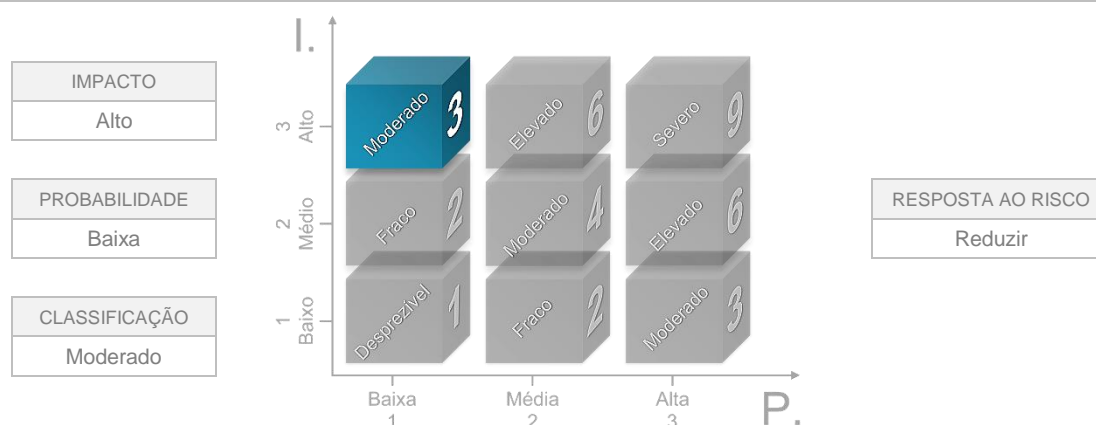
Objetivo 1.1.

DESCRIÇÃO	Pagar nos prazos estipulados			
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Reclamações de Fornecedores			
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico	<input checked="" type="checkbox"/> Operacional	<input type="checkbox"/> Reporte	<input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.1.1.

DESCRIÇÃO	Pagamento preferencial a alguns fornecedores ou empreiteiros
CAUSAS POSSÍVEIS	Relações de proximidade; Instruções e orientações de pagamento fora do âmbito do SGF; Disponibilidade de tesouraria; Situações de urgência associadas à prestação de cuidados

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 1.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Plano de pagamento de Tesouraria, a efetuar periodicamente e com normas definidas	Preventivo
B		
C		

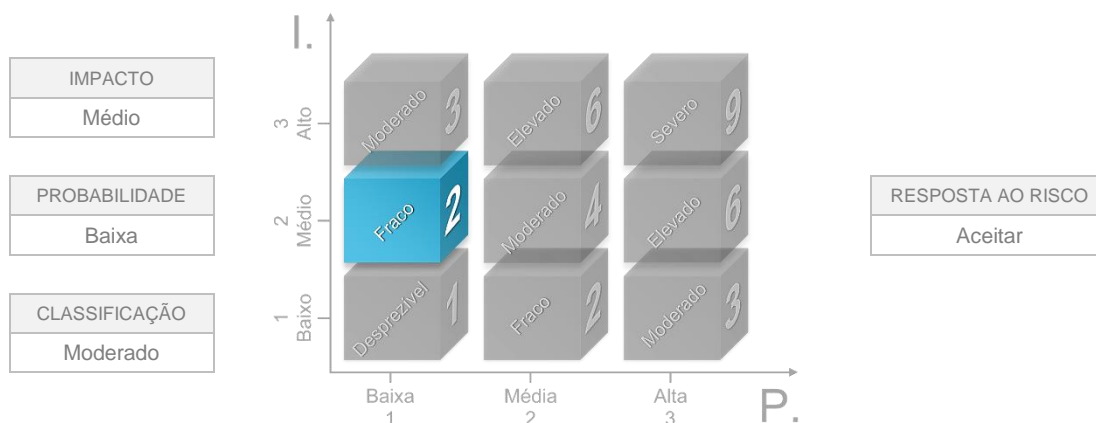
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007	31/12/2016	Mensal	Grau de cumprimento aferido pelo número de autorizações
B				
C				

Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 1.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

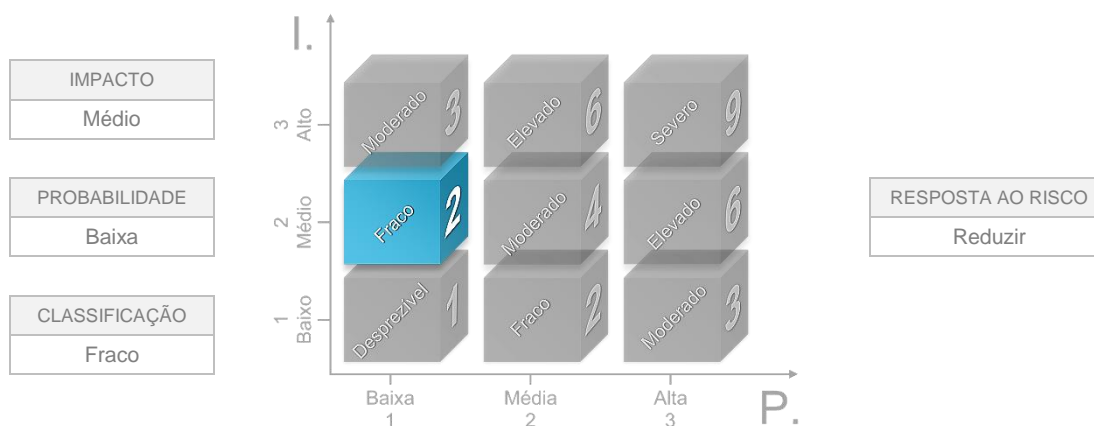
Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.2.

DESCRIÇÃO	Pagamento a fornecedores com a situação contributiva irregular
CAUSAS POSSÍVEIS	Falta de cumprimento das regras do SCI; Erro da aplicação SICC

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 1.1.2.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Solicitar a todos os fornecedores comprovativos da situação fiscal	Preventivo
B	Validar a informação na aplicação SICC	Detetivo
C		

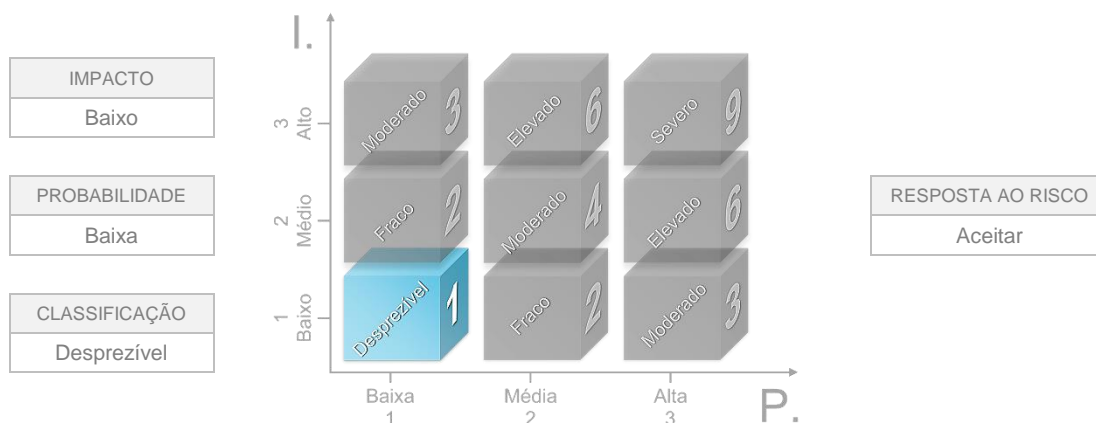
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007	31/12/2016	Mensal	Monitorização mensal aleatória de 5 processos submetidos a pagamento
B			Mensal	
C				

Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.2

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 1.1.2.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

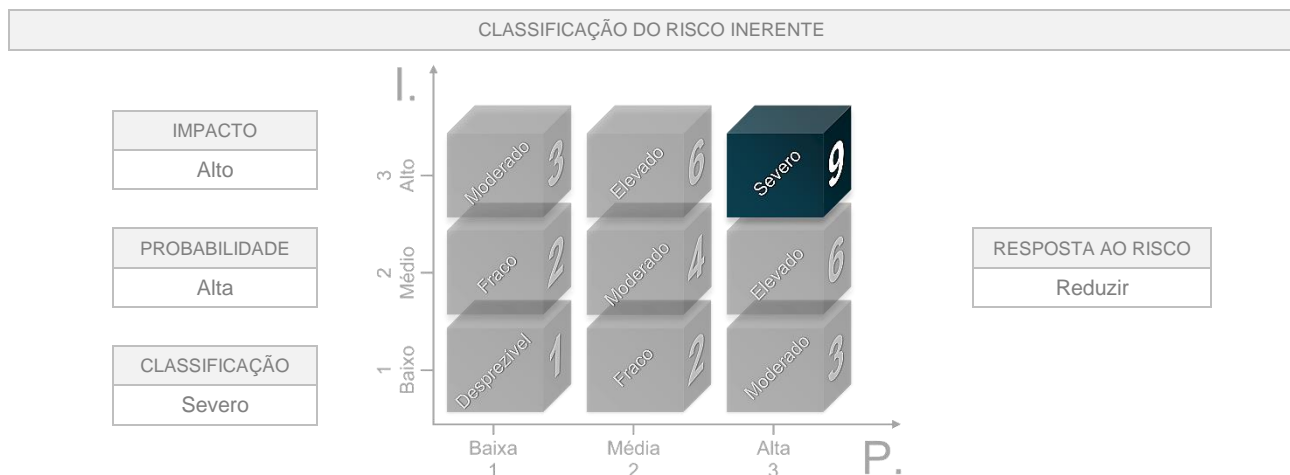
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 2. “GESTÃO DE TESOURARIA”
Objetivo 2.1.

DESCRIÇÃO	Prevenir o desvio de fundos e cobranças não depositadas, total ou parcialmente			
INDICADOR DE CUMPRIMENTO				
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico	<input checked="" type="checkbox"/> Operacional	<input type="checkbox"/> Reporte	<input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 2.1.1.

DESCRIÇÃO	Desvio de fundos; Cobranças não depositadas, total ou parcialmente
CAUSAS POSSÍVEIS	Motivação psicológica


Controlos 2.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Sistema de fundo fixo de caixa e contagens periódicas de caixa, com conferência pelo superior hierárquico	Preventivo
B	Atualização periódica de saldos de terceiros	Preventivo
C	Privilegiar os recebimentos por transferência bancária, reduzindo a utilização de cheques e numerário	Preventivo

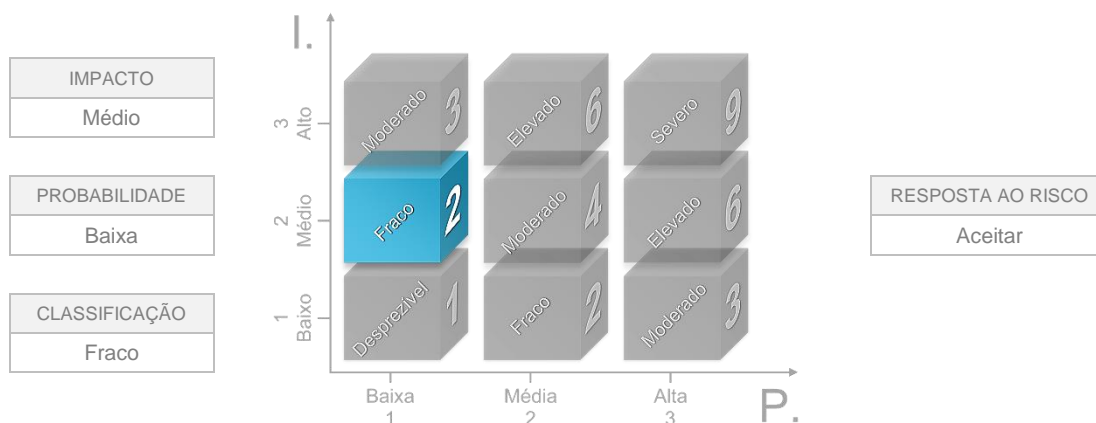
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007	31/12/2016	Diária	Grau de cumprimento das medidas de controlo
B	01/03/2007	31/12/2016	Diária	Grau de cumprimento das medidas de controlo
C	01/03/2007	31/12/2016	Diária	Grau de cumprimento das medidas de controlo

Atividade 2

Objetivo 2.1

Risco 2.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 2.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

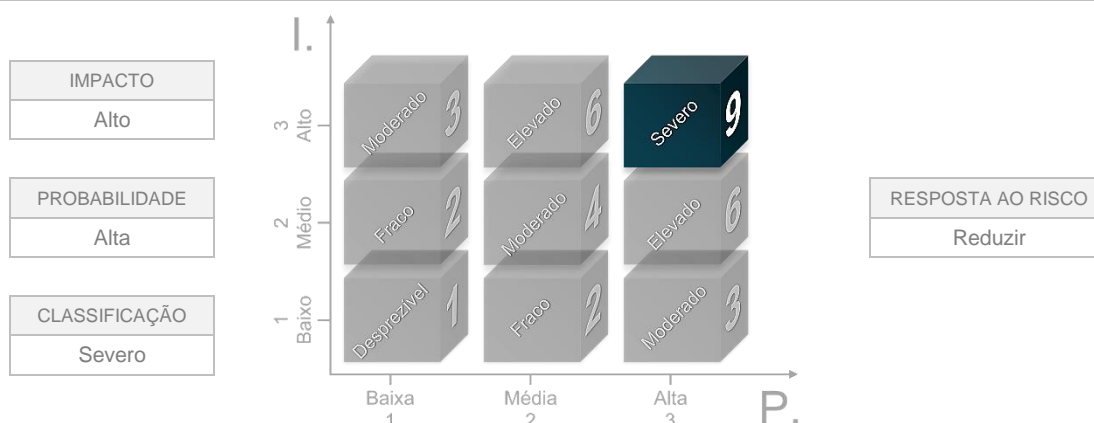
Atividade 3. “RECEBIMENTOS DE CLIENTES – EMISSÃO DE FATURAÇÃO”
Objetivo 3.1.

DESCRIÇÃO	Receber atempadamente			
INDICADOR DE CUMPRIMENTO				
TIPO DE OBJETIVO	<input checked="" type="checkbox"/> Estratégico	<input type="checkbox"/> Operacional	<input type="checkbox"/> Reporte	<input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 3.1.1.

DESCRIÇÃO	Existência de episódios não faturados; Relaxe de faturas
CAUSAS POSSÍVEIS	Motivação psicológica

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE


Controlos 3.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Análise periódica de saldos de clientes	Preventivo
B	Encaminhamento dos recebimentos em atraso para contencioso	Preventivo
C	Emissão de procedimentos que possibilitem um adequado desempenho funcional	Corretivo

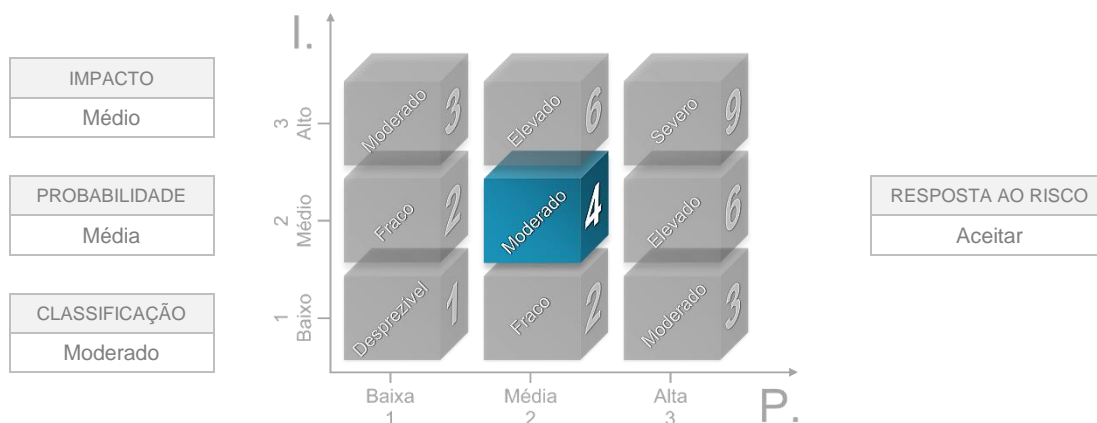
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007	31/12/2016	Mensal	Evolução positiva de receita própria
B	01/03/2007	31/12/2016	Mensal	Evolução positiva de receita própria
C	01/03/2007	31/12/2016	Mensal	Evolução positiva de receita própria

Atividade 3

Objetivo 3.1

Risco 3.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 3.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

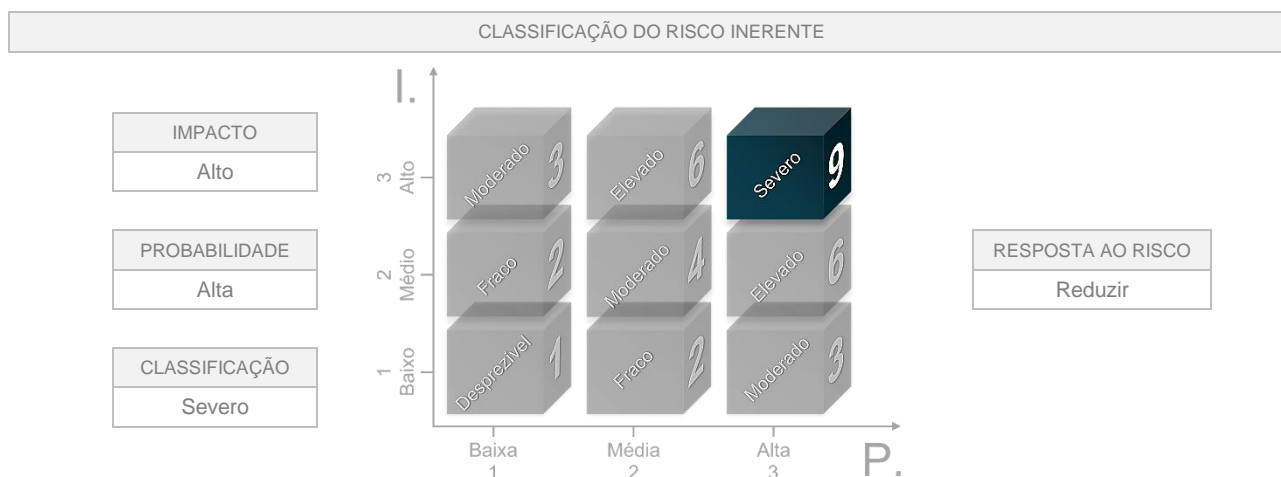
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 4. “GESTÃO DE DADOS-MESTRE DE FORNECEDORES”
Objetivo 4.1.

DESCRIÇÃO	Correto preenchimento dos dados-mestre dos fornecedores			
INDICADOR DE CUMPRIMENTO				
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico	<input checked="" type="checkbox"/> Operacional	<input type="checkbox"/> Reporte	<input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 4.1.1.

DESCRIÇÃO	Alteração não autorizada dos dados-mestre dos fornecedores (p. ex. o NIB)
CAUSAS POSSÍVEIS	Não atualização atempada dos dados-mestre dos fornecedores


Controlos 4.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Circularização periódica de saldos de fornecedores, com vista à recolha de dados atualizados	Preventivo
B		
C		

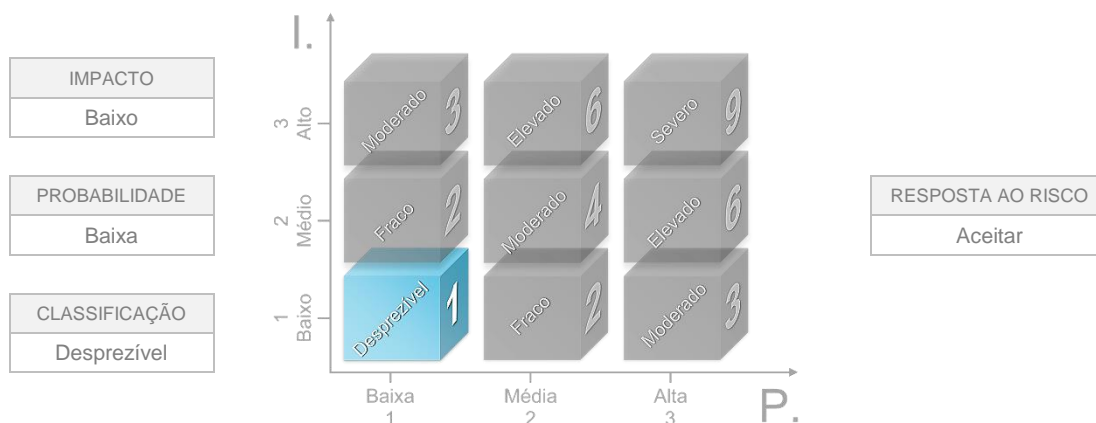
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007	31/12/2016	Mensal	Número de informações disponibilizadas
B				
C				

Atividade 4

Objetivo 4.1

Risco 4.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 4.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

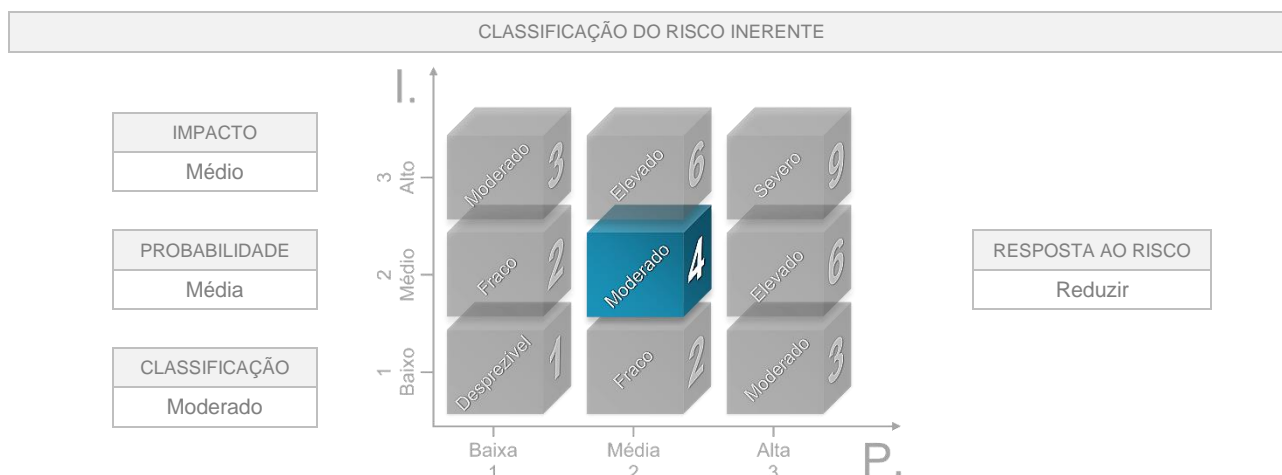
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 5. “CONTABILIZAÇÃO”
Objetivo 5.1.

DESCRIÇÃO	Correta contabilização dos documentos contabilísticos			
INDICADOR DE CUMPRIMENTO				
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico	<input checked="" type="checkbox"/> Operacional	<input type="checkbox"/> Reporte	<input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 5.1.1.

DESCRIÇÃO	Despesas objeto de inadequada classificação económica
CAUSAS POSSÍVEIS	Erro de avaliação; Motivação psicológica


Controlos 5.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Verificação da classificação de todos os bens e serviços, aquando da sua contabilização	Preventivo
B		
C		

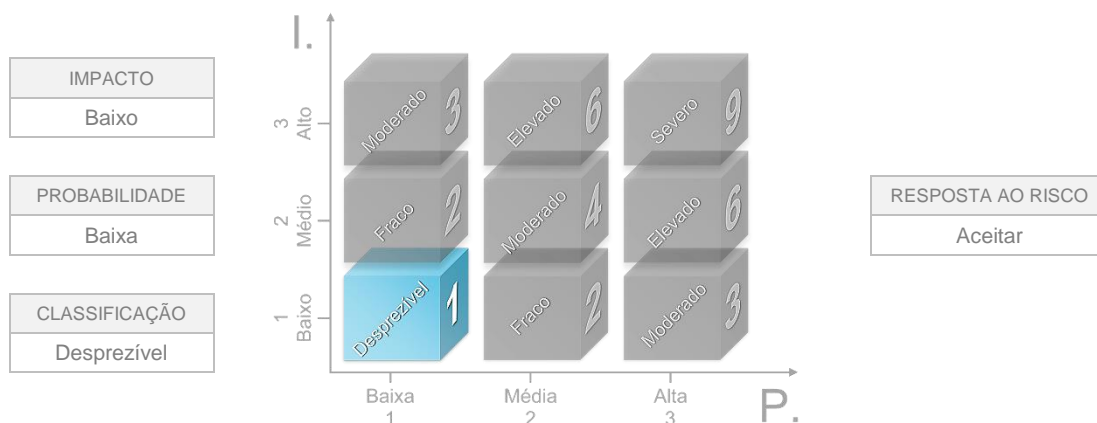
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007	31/12/2016	Díaria	Monitorização pelas autorizações de pagamento
B				
C				

Atividade 5

Objetivo 5.1

Risco 5.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 5.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

III. SERVIÇO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

a) RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO SGRH

Em conformidade com o artigo 65.º, do Regulamento Interno da ULSNA, EPE:

1. *O Serviço de Gestão de Recursos Humanos é dirigido por um profissional designado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Presidente ou Vogal responsável pela área, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.*
2. *Compete ao Serviço de Gestão de Recursos Humanos.*
 - a) *Organizar e assegurar os serviços de administração de pessoal, incluindo o controlo de assiduidade e o processamento de vencimentos;*
 - b) *Participar na definição da política de recursos humanos e assegurar a elaboração e gestão do plano de recursos humanos;*
 - c) *Gerir o sistema de carreiras dos profissionais;*
 - d) *Assegurar a realização do processo de avaliação de desempenho;*
 - e) *Assegurar as atividades inerentes ao recrutamento, seleção e acolhimento de pessoal;*
 - f) *Assegurar o cumprimento de todas as obrigações legais em matéria de recursos humanos;*
 - g) *Informar todos os processos da área dos recursos humanos para decisão superior;*
 - h) *Participar na definição das políticas financeira e orçamental de recursos humanos;*
 - i) *Colaborar na representação da ULSNA, EPE em comissões e grupos de trabalho de acordo com as suas competências;*
 - j) *Articular-se e apoiar o Serviço de Formação e Investigação, Biblioteca e Documentação e o Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho;*
 - k) *Colaborar na definição do sistema de incentivos ao bom desempenho profissional e coordenar a sua aplicação;*
 - l) *Elaborar o Balanço Social.*

Responsável pela Gestão: Maria José Franco Lebreiro Aguiar Freitas Martins

b) MATRIZ DE RISCO DO SGRH

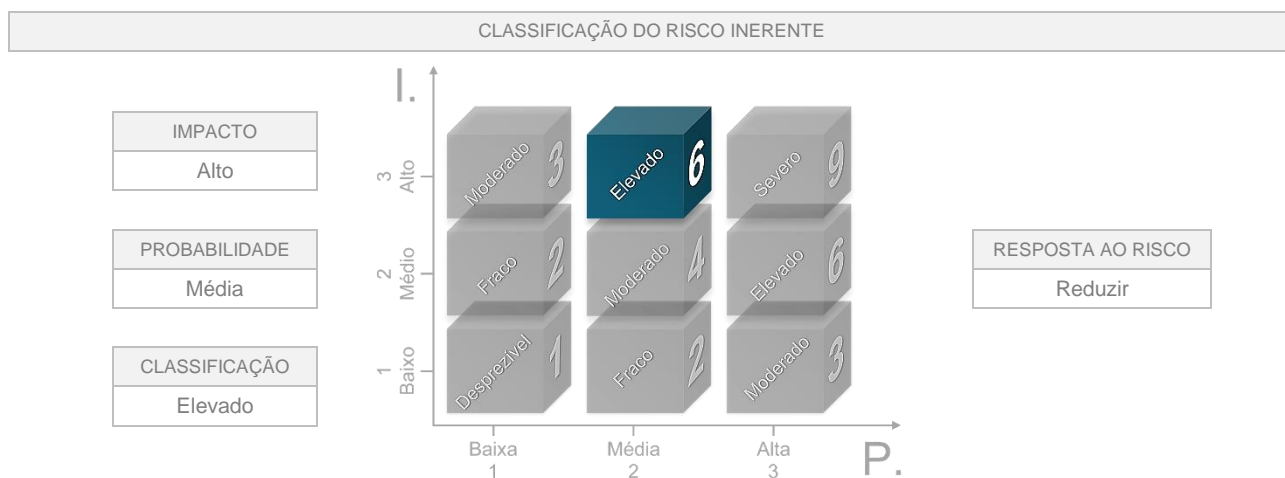
Atividade 1. “CONTROLO DA ASSIDUIDADE E PONTUALIDADE - SISTEMA BIOMÉTRICO”

Objetivo 1.1.

DESCRIÇÃO	Assiduidade - Ausências: Associação correta dos documentos de ausência às classificações genéricas efetuadas pelas chefias.			
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	5% de Incorreções aceitáveis			
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico	<input checked="" type="checkbox"/> Operacional	<input type="checkbox"/> Reporte	<input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.1.1.

DESCRIÇÃO	Existência de erros ao associar documentos existentes de classificações de ausência efetuadas pelas hierarquias
CAUSAS POSSÍVEIS	Código de ausência errado; negligência



Controlos 1.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Cruzamento dos documentos de ausência com listagem de absentismo	Detetivo
B		
C		

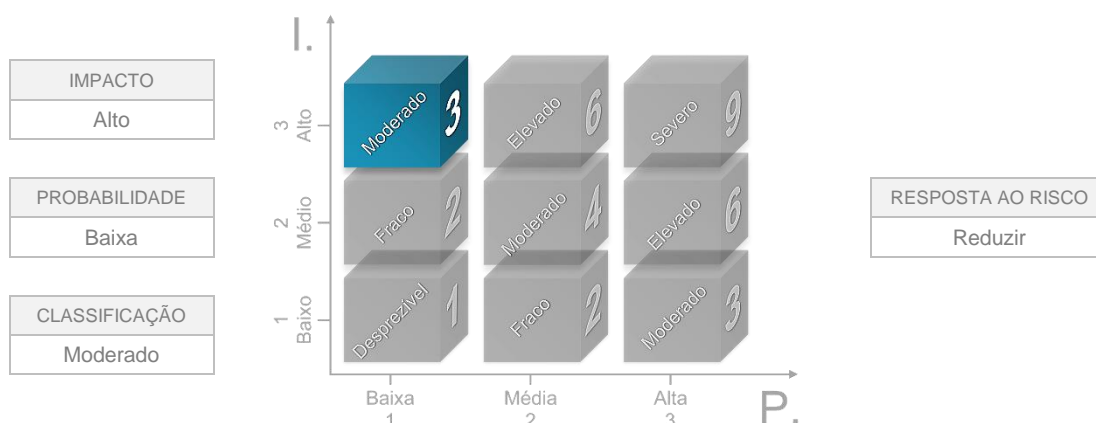
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/07/2014		Mensal	Relatório com o n.º de casos detetados
B				
C				

Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 1.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Implementação de cruzamento de informação por amostragem	Detetivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/06/2016		Mensal	N.º de casos detetados
B				
C				

Atividade 1

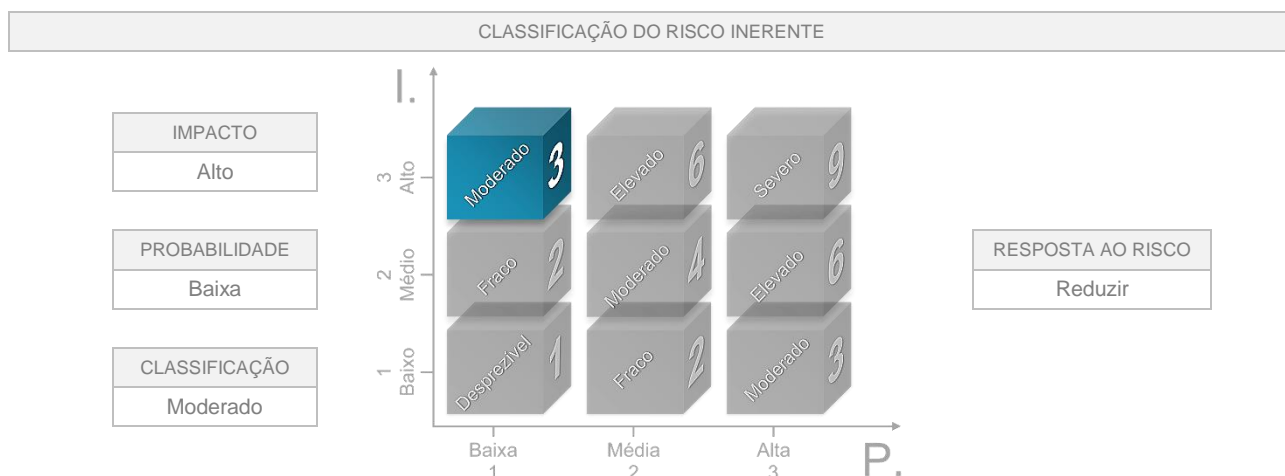


Objetivo 1.2.

DESCRIÇÃO	Assiduidade - Presenças: Verificação das validações efetuadas pelas hierarquias face ao trabalho efetuado e/ou autorizações do CA
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	< 5% de situações sem validação/autorização
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.2.1.

DESCRIÇÃO	Pagamento indevido de trabalho extraordinário e/ou suplementos
CAUSAS POSSÍVEIS	Não confirmação face aos documentos de autorização



Controlos 1.2.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Conferência das validações efetuadas pelas chefias VS documentos de autorização	Detetivo
B		
C		

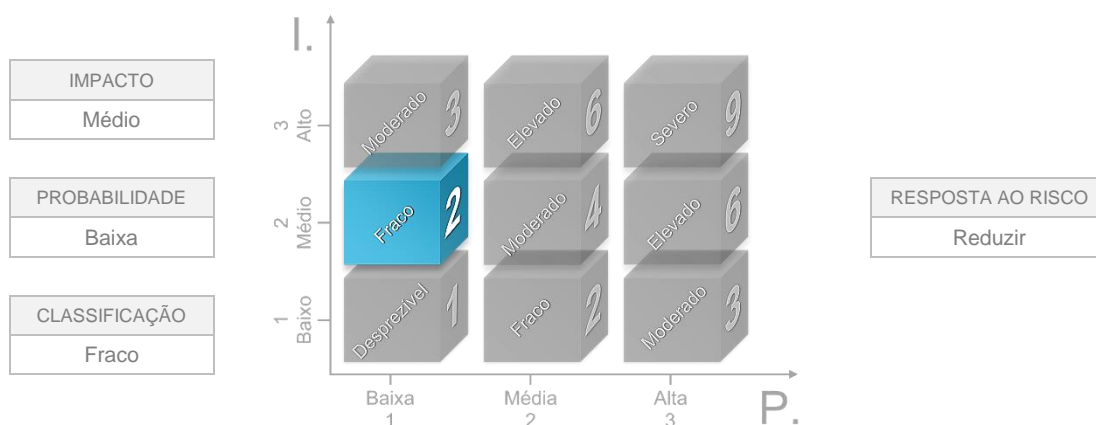
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/07/2014		Mensal	N.º de casos sem validação/autorização
B				
C				

Atividade 1

Objetivo 1.2

Risco 1.2.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 1.2.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Implementar amostragem pós processamento	Detetivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/06/2016		Mensal	N.º de casos detetados sem validação/autorização
B				
C				

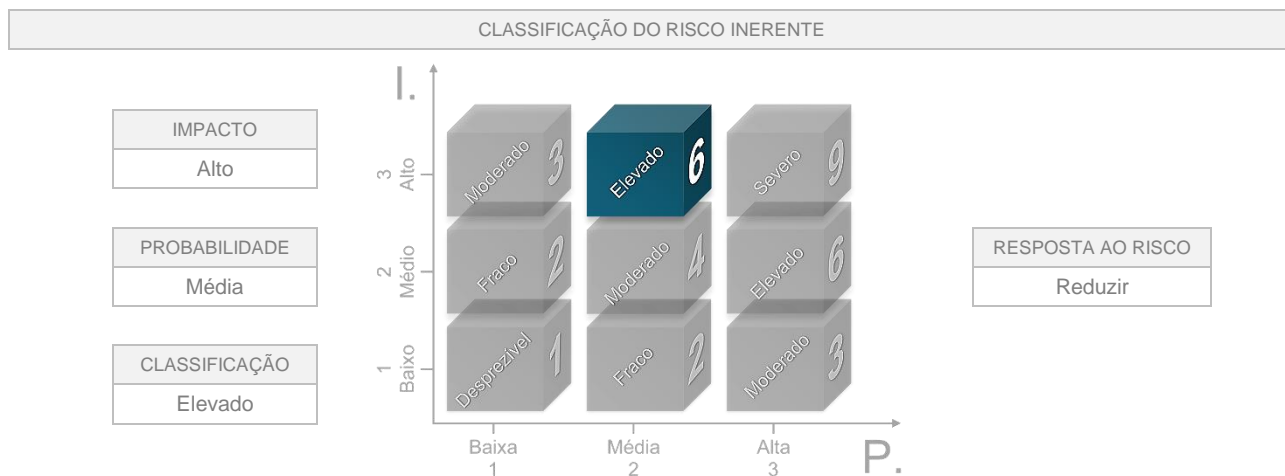
Atividade 2. “CONTROLO DA ASSIDUIDADE E PONTUALIDADE - SISTEMA MANUAL”

Objetivo 2.1.

DESCRIÇÃO	Assiduidade - Ausências: Todas as ausências tenham associados documentos de justificação fundamentados na lei e cumprimento dos prazos.
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	8% relativamente ao número de documentos tratados VS erros detetados
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 2.1.1.

DESCRIÇÃO	Lançamento indevido / não lançamento de ausências
CAUSAS POSSÍVEIS	Identificação incorreta do profissional; Identificação incorreta do tipo de ausência; erro humano no lançamento do tipo de ausência.



Controlos 2.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Cruzamento do registo de presenças com documento de ausência apresentado	Detetivo
B	Não-aceitação pelo RHV de ausências diferentes das permitidas pelo tipo de vínculo do trabalhador	Preventivo
C	Amostragem após simulação do processamento	Detetivo

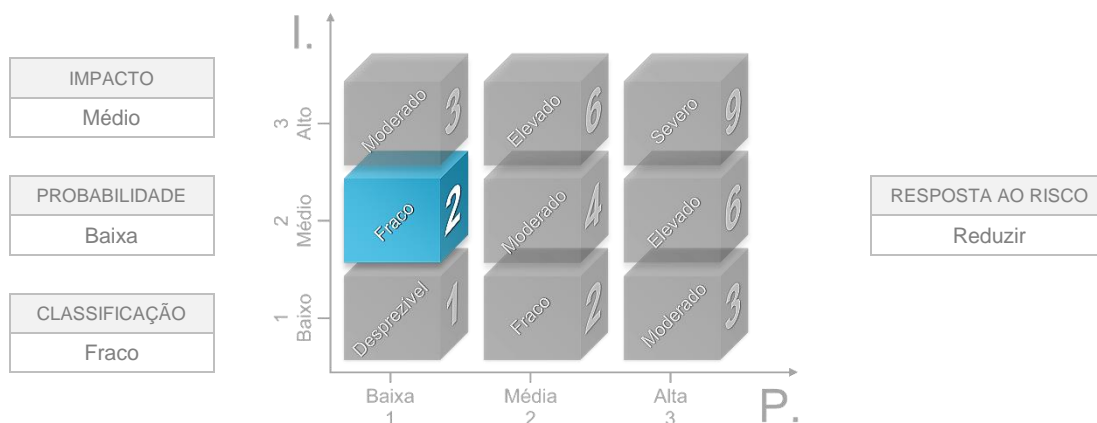
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/05/2012		Mensal	N.º de casos detetados
B	01/03/2007		Mensal	N.º de casos detetados
C	01/05/2016		Mensal	N.º de casos detetados

Atividade 2

Objetivo 2.1

Risco 2.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 2.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Alargamento do sistema de biometria a outros Serviços	Preventivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/06/2016		Outra	
B				
C				

Atividade 2 ►

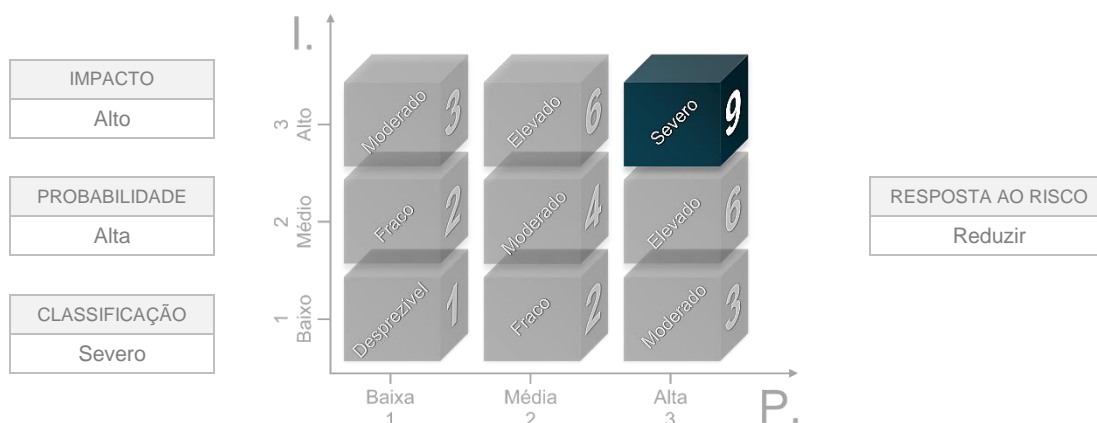
Objetivo 2.2.

DESCRIÇÃO	Assiduidade - Presenças - Verificação das validações efetuadas pelas hierarquias face ao trabalho efetuado e/ou autorizado
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	< 8% de horas processadas que não se encontrem autorizadas
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 2.2.1.

DESCRIÇÃO	Pagamento indevido de trabalho extraordinário / trabalho suplementar
CAUSAS POSSÍVEIS	Não conformidade face aos documentos de autorização

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 2.2.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Conferência das validações efetuadas pelas chefias VS documentos de autorização	Detetivo
B		
C		

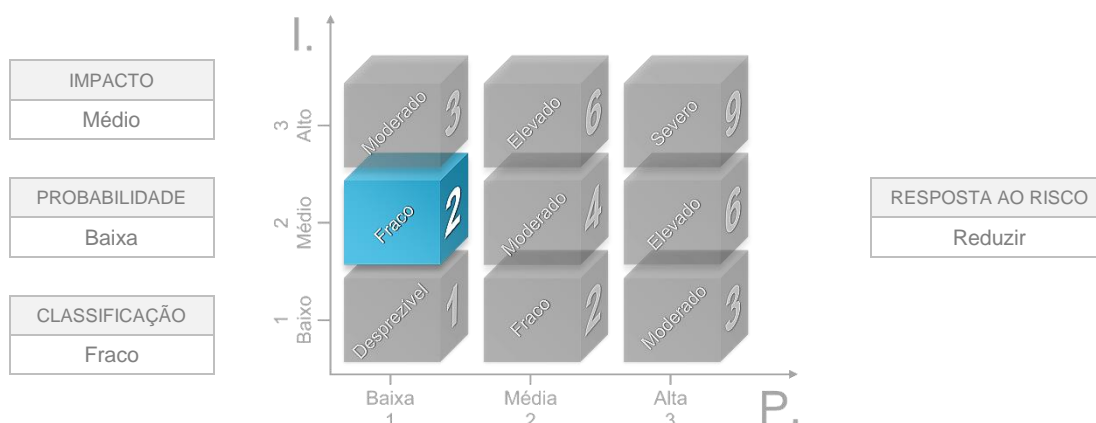
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007		Mensal	N.º de casos detetados
B				
C				

Atividade 2

Objetivo 2.2

Risco 2.2.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 2.2.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Implementar amostragem pós processamento	Detetivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/06/2016		Mensal	N.º de casos detetados aquando da amostra
B				
C				

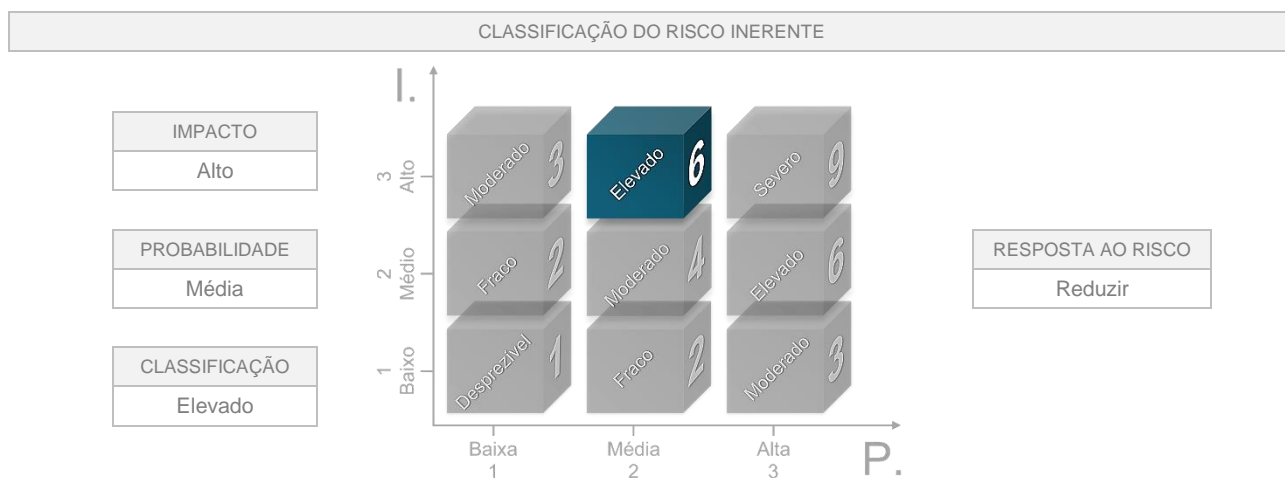
Atividade 3. “RECRUTAMENTO DE TRABALHADORES”

Objetivo 3.1.

DESCRIÇÃO	Elaboração de avisos de abertura de procedimentos concursais, no âmbito da legislação vigente e em conformidade com as deliberações do CA			
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	5% de incorreções			
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico	<input checked="" type="checkbox"/> Operacional	<input type="checkbox"/> Reporte	<input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 3.1.1.

DESCRIÇÃO	O SGRH aquando da elaboração do aviso de abertura pode invocar legislação revogada, não aplicável, ou omissão da mesma
CAUSAS POSSÍVEIS	Negligência; desconhecimento da Lei; interpretação incorreta da Lei; erro humano



Controlos 3.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Aquando da feitura do aviso, procurar a legislação vigente aplicável	Preventivo
B	Revisão por um outro trabalhador	Detetivo
C		

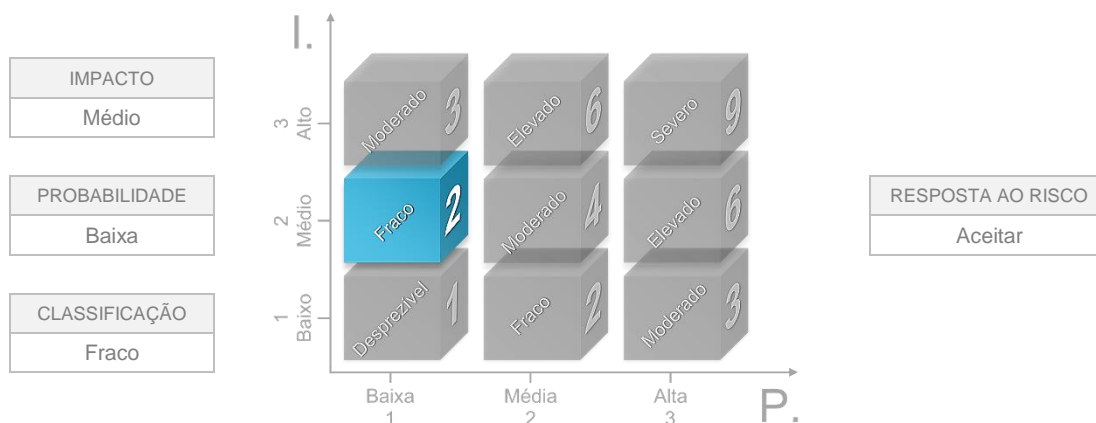
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007		Diária	N.º de casos de incorreção e/ou reclamados
B	01/03/2007		Diária	N.º de casos de incorreção e/ou reclamados
C				

Atividade 3

Objetivo 3.1

Risco 3.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 3.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Nota: De acordo com o SGRH, no presente objetivo, “o risco não poderá ser mais reduzido”.

Atividade 3



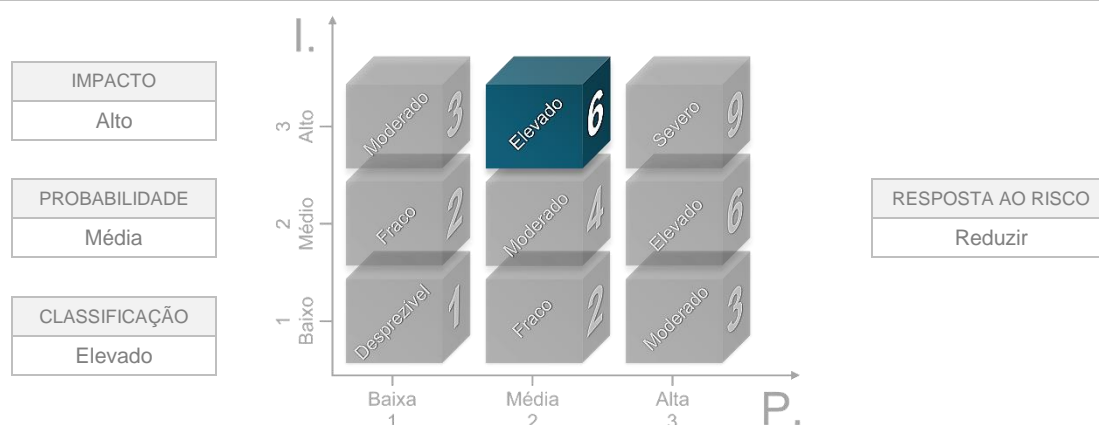
Objetivo 3.2.

DESCRIÇÃO	Regras de isenção e imparcialidade na constituição de júris de concurso, na parte em que o SGRH tem conhecimento dos diversos intervenientes (júri/candidatos).
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	2% de irregularidades em todos os concursos
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 3.2.1.

DESCRIÇÃO	Interesses conflitantes entre interesses públicos e interesses privados
CAUSAS POSSÍVEIS	Desconhecimento da Lei

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 3.2.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Detetar casos de conflito de interesse	Detetivo
B		
C		

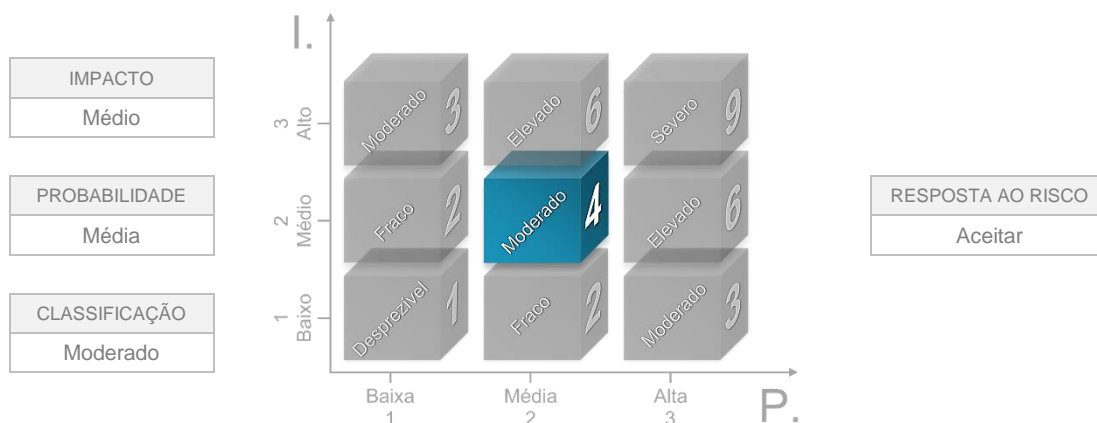
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007		Diária	Número de informações face às situações detetadas/reclamadas
B				
C				

Atividade 3

Objetivo 3.2

Risco 3.2.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 3.2.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Nota: De acordo com o SGRH, no presente objetivo, “o risco não poderá ser mais reduzido”.

Atividade 3



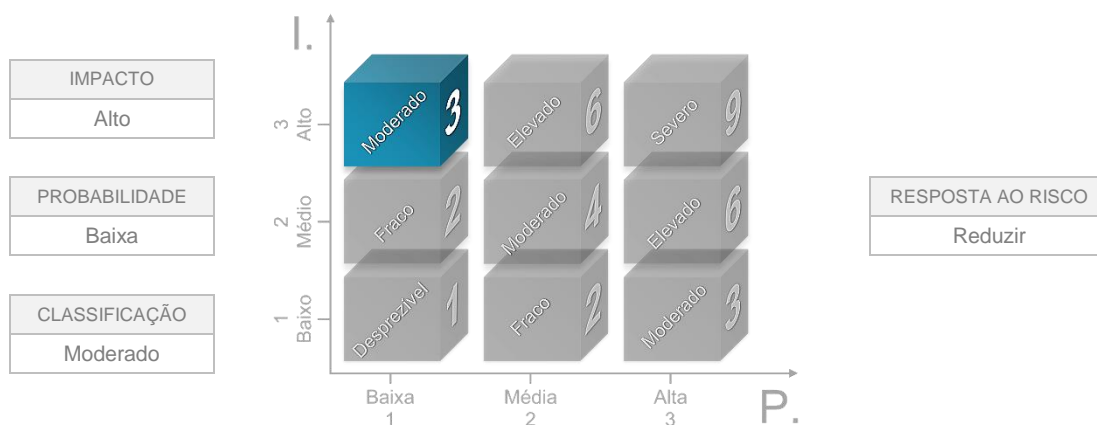
Objetivo 3.3.

DESCRIÇÃO	Dos procedimentos cujas candidaturas entram no SGRH, envio ao júri após a entrega da ata dos critérios neste Serviço e em conformidade com as deliberações do CA
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	5% em não conformidade
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 3.3.1.

DESCRIÇÃO	Manipulação dos critérios
CAUSAS POSSÍVEIS	Dolo

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 3.3.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Só após o envio da ata dos critérios ao SGRH, são enviadas as candidaturas ao júri.	Preventivo
B		
C		

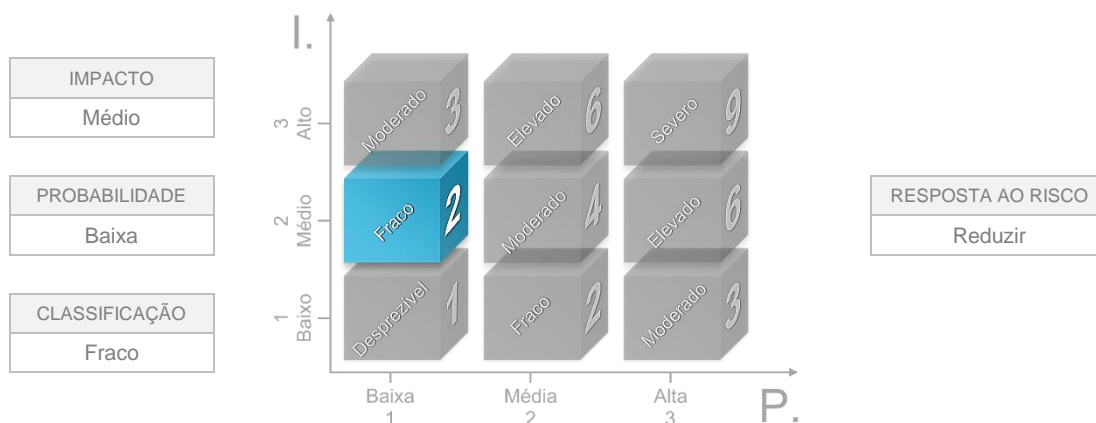
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2015		Outra	N.º global de reclamações dos concursos
B				
C				

Atividade 3

Objetivo 3.3

Risco 3.3.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 3.3.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Que todas as candidaturas de todos os procedimentos sejam enviadas ao SGRH, para envio ao júri	Preventivo
B	Solicitação da ata dos critérios ao júri até ao termo do prazo das candidaturas	Preventivo
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/06/2016		Outra	N.º global de reclamações dos concursos
B	01/06/2016		Outra	N.º global de reclamações dos concursos
C				

Atividade 4. “PROCESSAMENTO DE REMUNERAÇÕES”

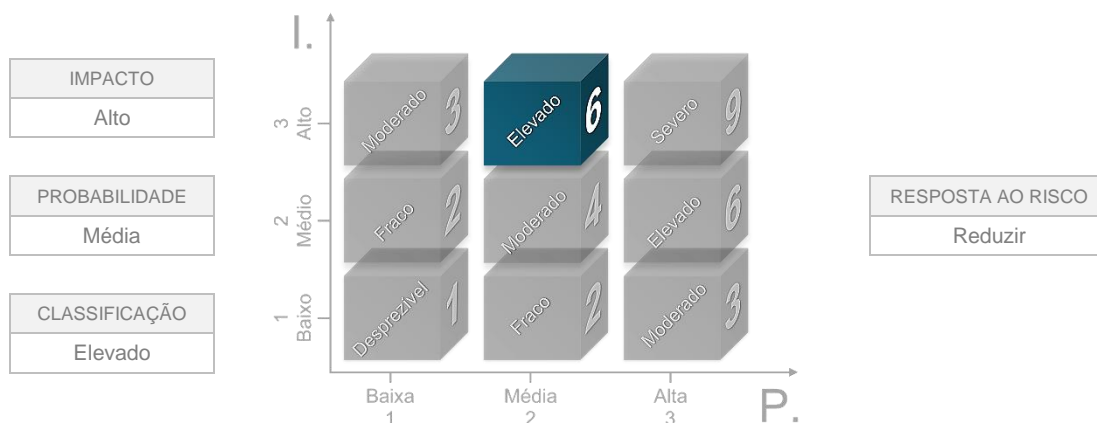
Objetivo 4.1.

DESCRIÇÃO	Que todos os atos a processamento tenham autorização do órgão competente
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	<= 5 % de atos não autorizados
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 4.1.1.

DESCRIÇÃO	Processamentos indevidos
CAUSAS POSSÍVEIS	Erro humano, dolo/conluio, ignorância da Lei

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 4.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Verificação de atos sem suporte legal	Detetivo
B		
C		

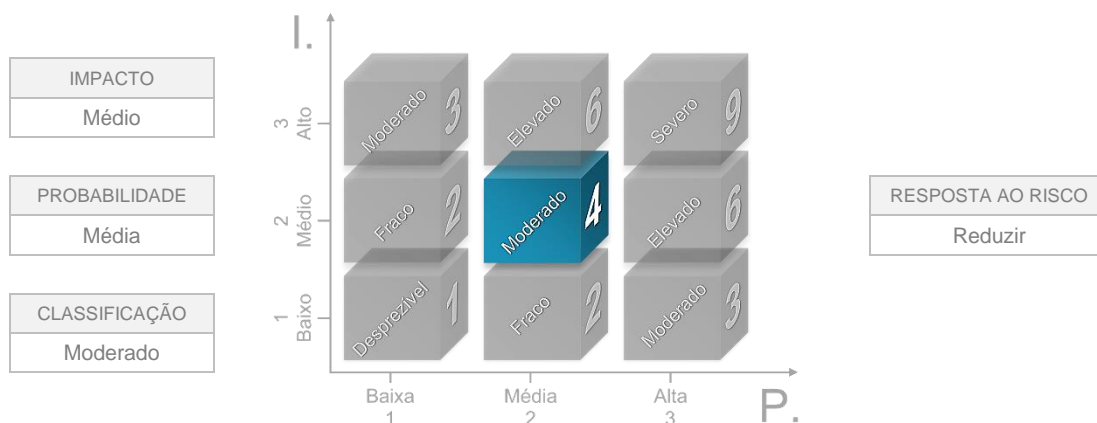
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007		Mensal	N.º de atos não autorizados
B				
C				

Atividade 4

Objetivo 4.1

Risco 4.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 4.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Amostragem no ato da simulação	Detetivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/06/2016		Mensal	N.º de atos não autorizados
B				
C				

Atividade 4



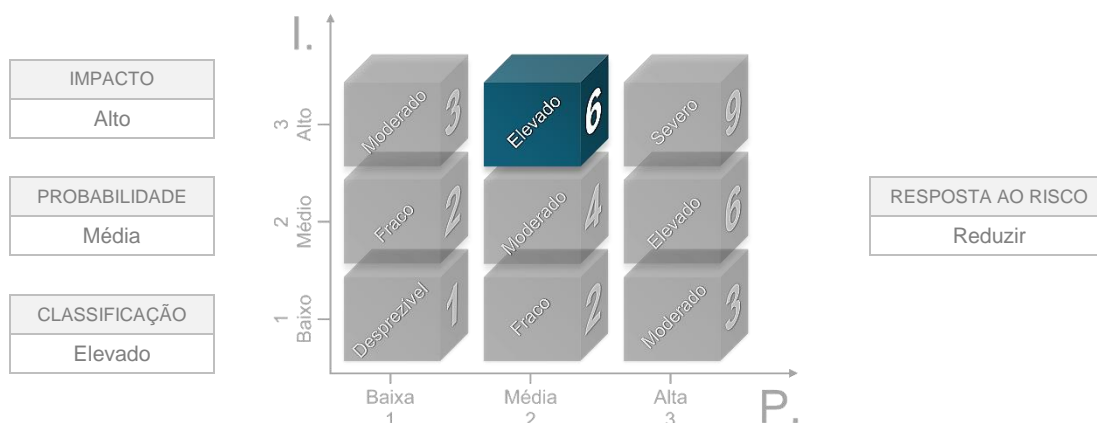
Objetivo 4.2.

DESCRIÇÃO	Inexistência de atos processados sem fundamentação legal e em incumprimento com as determinações do CA
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Nenhum ato sem fundamentação legal/autorização CA
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 4.2.1.

DESCRIÇÃO	Processamentos indevidos
CAUSAS POSSÍVEIS	Erro humano, desconhecimento da Lei

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 4.2.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Verificação de todos os atos autorizados de despesas em consonância com a lei e/ou determinações do CA.	Detetivo
B		
C		

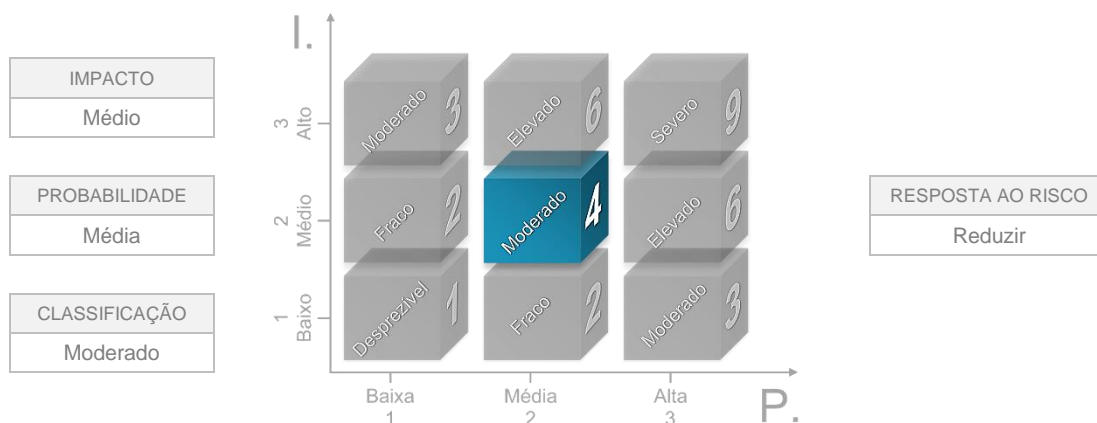
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007		Mensal	N.º atos sem fundamentação legal e em incumprimento com as determinações do CA
B				
C				

Atividade 4

Objetivo 4.2

Risco 4.2.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 4.2.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Amostragem de atos processados, com vista à deteção de casos sem fundamentação legal ou em incumprimentos com as determinações do CA	Detetivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/06/2016		Mensal	N.º atos sem fundamentação legal e em incumprimento com as determinações do CA
B				
C				

Atividade 4



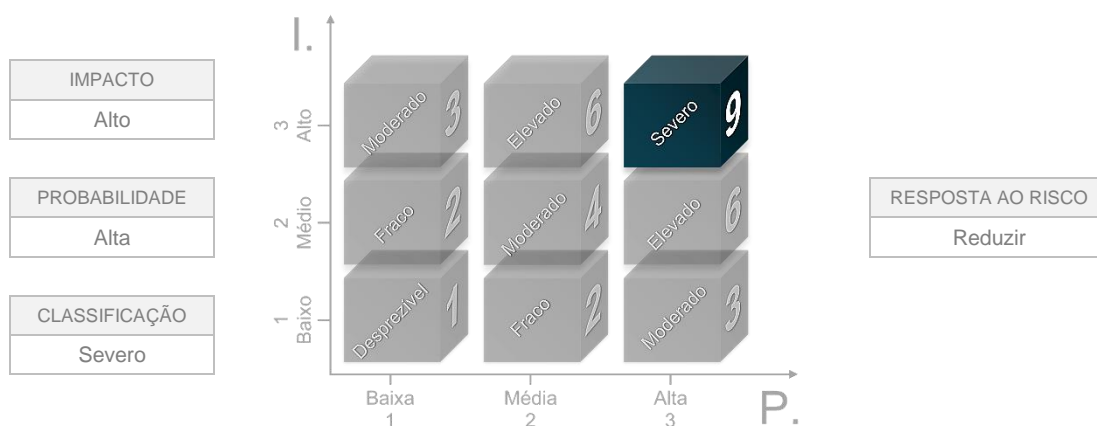
Objetivo 4.3.

DESCRIÇÃO	Inexistência de processamentos indevidos
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	1% de atos de processamento indevidos
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 4.3.1.

DESCRIÇÃO	Existência de processamentos indevidos
CAUSAS POSSÍVEIS	Erro humano; erro informático; dolo

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 4.3.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Conferência dos valores processados através da segregação de funções	Detetivo
B		
C		

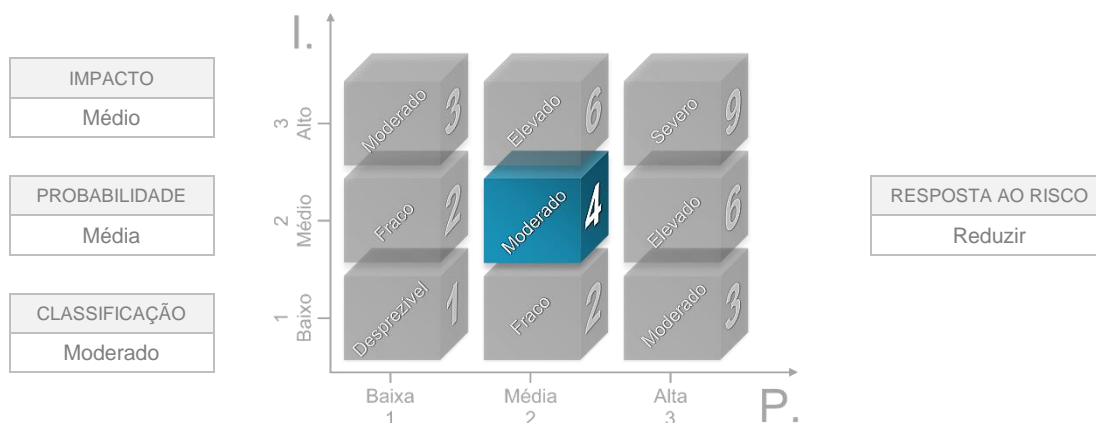
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007		Mensal	N.º de processamentos indevidos
B				
C				

Atividade 4

Objetivo 4.3

Risco 4.3.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 4.3.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Amostragem na simulação	Detetivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/06/2016		Mensal	N.º de processamentos indevidos
B				
C				

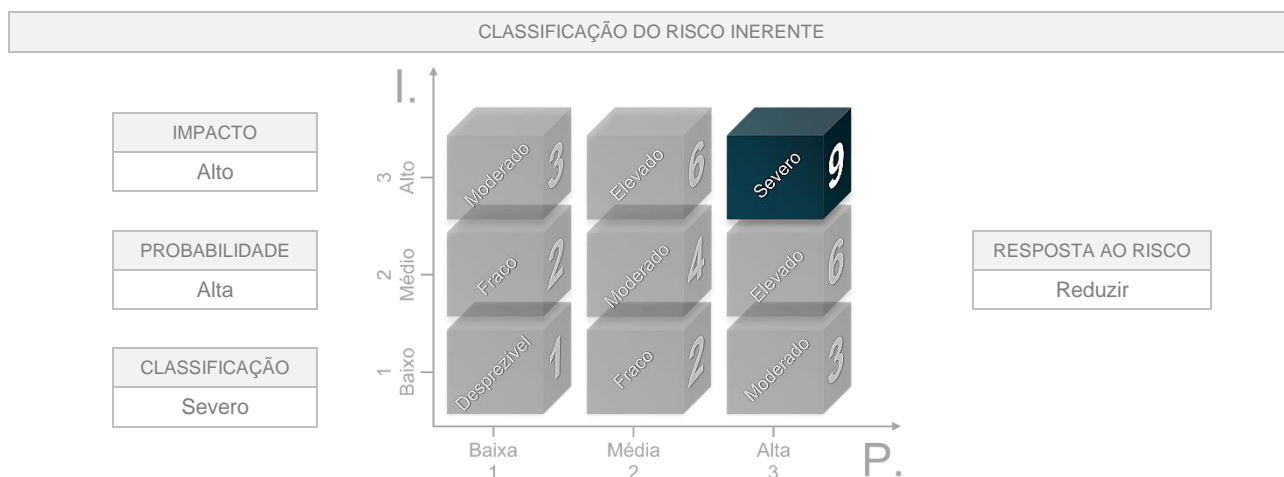
Atividade 5. “ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES”

Objetivo 5.1.

DESCRIÇÃO	Que todos os pedidos de acumulações de funções sejam analisados em conformidade com a Lei
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Inexistência de registos em incumprimento com os parâmetros legais
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 5.1.1.

DESCRIÇÃO	Acumulação de funções sem autorização
CAUSAS POSSÍVEIS	Erro humano; desconhecimento da Lei; inexistência de comunicação de acumulação de funções por parte do trabalhador.



Controlos 5.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Divulgação através de circulares internas das normas inerentes à acumulação de funções	Preventivo
B	Análise da situação factual/quadro legal	Detetivo
C		

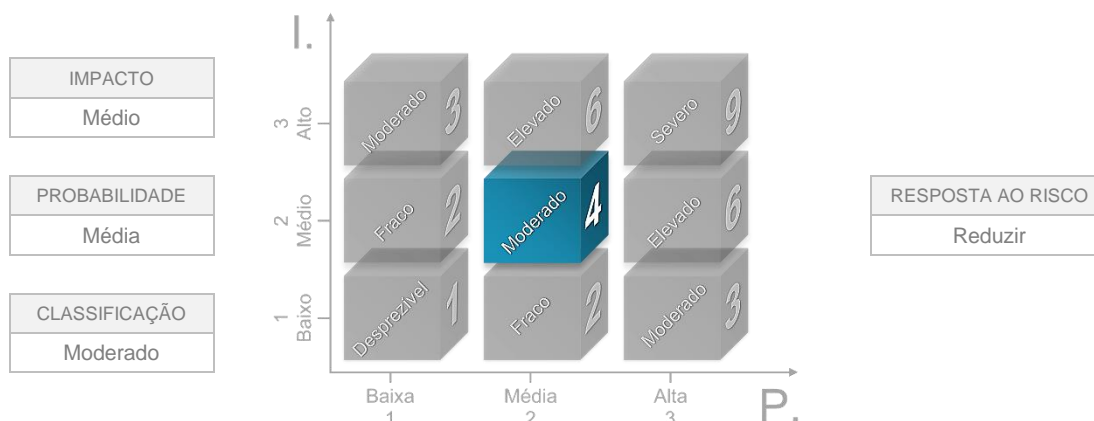
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/01/2010		Anual	N.º de situações irregulares
B	01/03/2007		Outra	N.º de situações irregulares
C				

Atividade 5

Objetivo 5.1

Risco 5.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 5.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Divulgação nos talões de vencimentos dos trabalhadores, da necessidade de autorizações de pedidos de acumulações	Preventivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/06/2016		Semestral	N.º de situações irregulares
B				
C				

Atividade 5



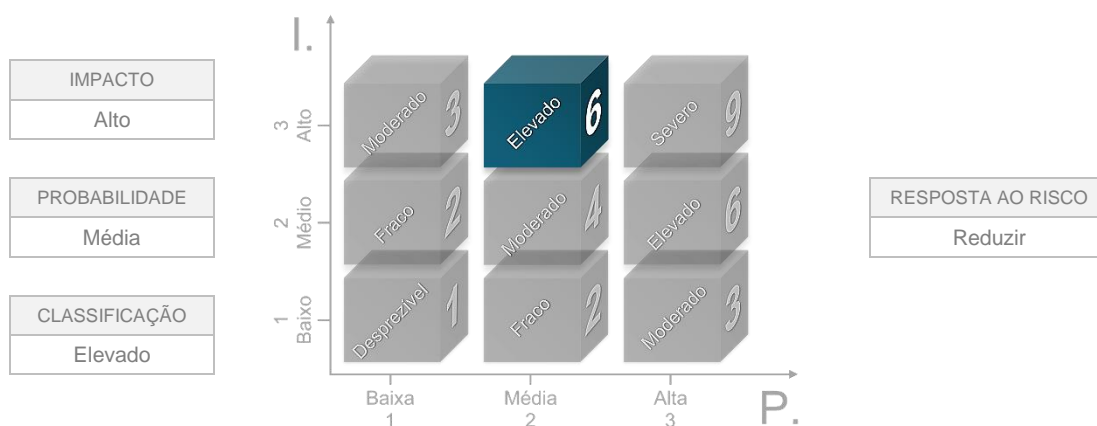
Objetivo 5.2.

DESCRIÇÃO	Os médicos em exclusividade não violem o cumprimento do compromisso de renúncia			
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Inexistência casos que violem o cumprimento de compromisso			
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico	<input checked="" type="checkbox"/> Operacional	<input type="checkbox"/> Reporte	<input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 5.2.1.

DESCRIÇÃO	Pagamento indevido de verbas
CAUSAS POSSÍVEIS	Negligência/dolo

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 5.2.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Divulgação anual de circular interna, com exigência de declaração comprovativa das Finanças	Preventivo
B	Controlo das declarações anuais das Finanças em tempo	Detetivo
C	Notificação através de ofício em caso ausência ou atraso	Preventivo

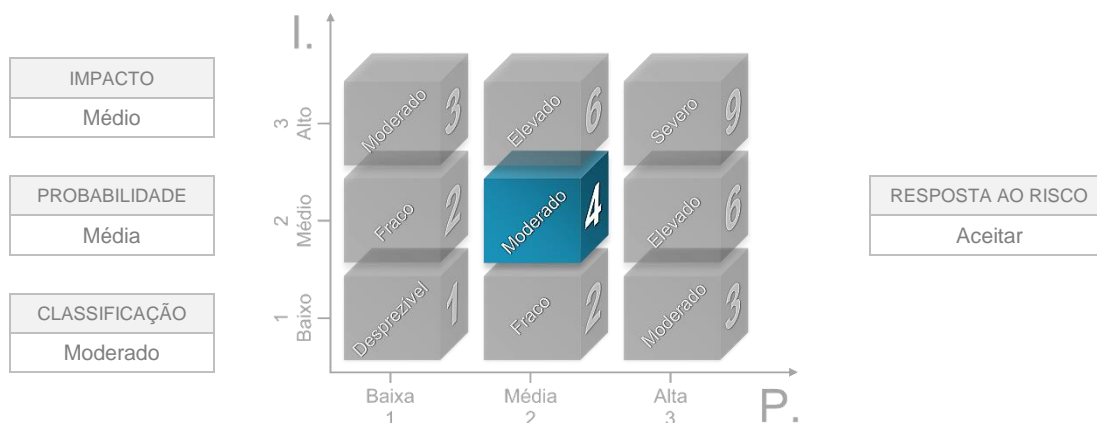
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/03/2007		Anual	N.º de casos de não entrega de declarações
B	01/03/2007		Anual	N.º de casos de não conformidade
C	01/03/2007		Anual	N.º de casos de não entrega de declarações ou em atraso

Atividade 5

Objetivo 5.2

Risco 5.2.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 5.2.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Nota: De acordo com o SGRH, no presente objetivo, “o risco não poderá ser mais reduzido”.

IV. SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO E LOGÍSTICA

a) RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO SAL

Em conformidade com o artigo 62.º, do Regulamento Interno da ULSNA, EPE:

1. *O Serviço de Aprovisionamento e Logística é dirigido por um profissional designado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Presidente ou Vogal responsável pela área, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.*
2. *Compete ao Serviço de Aprovisionamento e Logística:*
 - a) *O planeamento das necessidades de bens e materiais consumíveis;*
 - b) *Negociar as condições mais vantajosas para a organização, no âmbito das consultas efetuadas e dos procedimentos de aquisição aprovados, em aplicação dos métodos e técnicas do mercado concorrencial;*
 - c) *Organizar e manter atualizado o cadastro das instalações, equipamentos e viaturas;*
 - d) *Atualizar o inventário anual, proceder ao cálculo das respetivas amortizações e elaborar relatórios periódicos sobre o desenvolvimento dos investimentos em curso, em colaboração com os Serviços Financeiros;*
 - e) *Garantir a gestão administrativa e económica de todos os procedimentos de aquisição de bens e serviços e de obras públicas, em conformidade com as disposições legais;*
 - f) *Gestão e controlo de stocks, designadamente o desenvolvimento das ações de gestão administrativa, económica e física dos stocks;*
 - g) *Controlar e avaliar a utilização dos artigos e a prestação dos serviços;*
 - h) *Participar na definição de sistema de controlo interno;*
 - i) *Assegurar o bom funcionamento da reprodução de documentos da ULSNA, EPE;*
 - j) *Analisar a viabilidade económico-financeira de projetos de investimento, solicitados pelo órgão de gestão;*
 - k) *Preparação e controlo da execução financeira dos projetos de investimento objeto de financiamento externo, independentemente da sua origem;*
 - l) *Realizar estudos de avaliação económica, nomeadamente de custo-benefício, custo-utilidade e custo-efetividade, no âmbito dos projetos desenvolvidos da ULSNA, EPE;*
 - m) *Elaborar periodicamente um relatório de acompanhamento sobre o estado [de] execução dos projetos em curso;*
 - n) *Coligir e disponibilizar informação sobre fontes de financiamento alternativas internas e externas à ULSNA, EPE.*

Responsável pela Gestão: Rosa Maria Martinho Simões do Paço Salgueira

b) MATRIZ DE RISCO DO SAL

Nota: os objetivos cujos riscos residuais não foram classificados sê-lo-ão na data indicada para revisão do controlo, permitindo assim avaliar, com maior rigor, a eficácia do controlo implementado e/ou a alteração da medida de controlo.

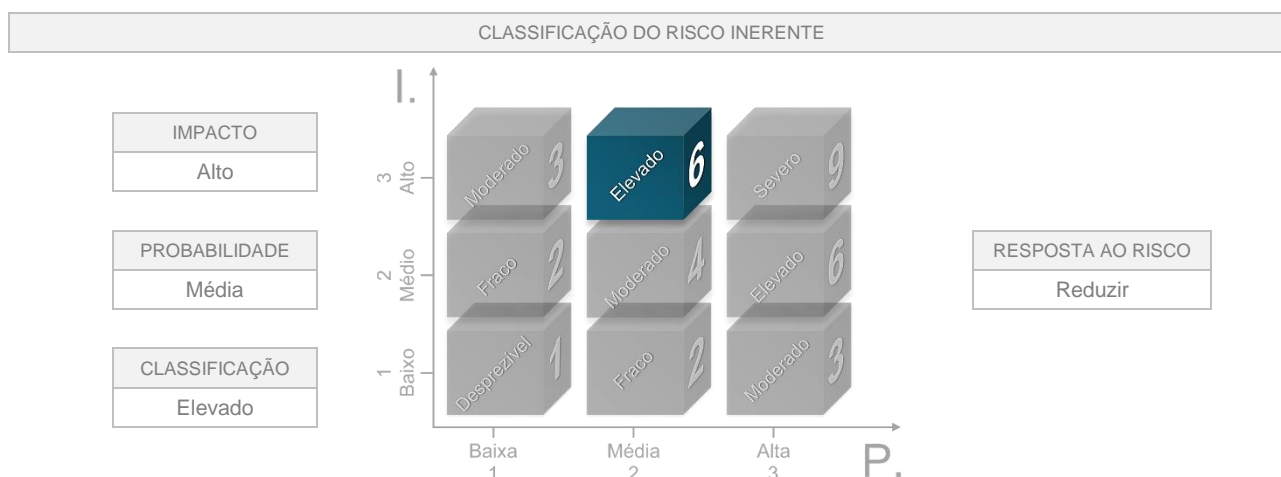
Atividade 1. “GESTÃO E CONTROLO DE STOCKS”

Objetivo 1.1.

DESCRIÇÃO	Valor de stocks em prateleira igual à existência na aplicação SGICM			
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Desvio [-1%, 1%]			
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico	<input type="checkbox"/> Operacional	<input checked="" type="checkbox"/> Reporte	<input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.1.1.

DESCRIÇÃO	Valor de stocks em prateleira diferente à existência na aplicação SGICM
CAUSAS POSSÍVEIS	Registos de movimentos (entradas, consumos, saídas, transferências entre armazéns) não conformes (erro de quantidade, centro de custo, etc.)



Controlos 1.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Inventário Semestral - Contagens Armazéns Centrais e Avançados	Detetivo
B	Inventário Anual - Contagens Armazéns Centrais e Avançados	Detetivo
C		

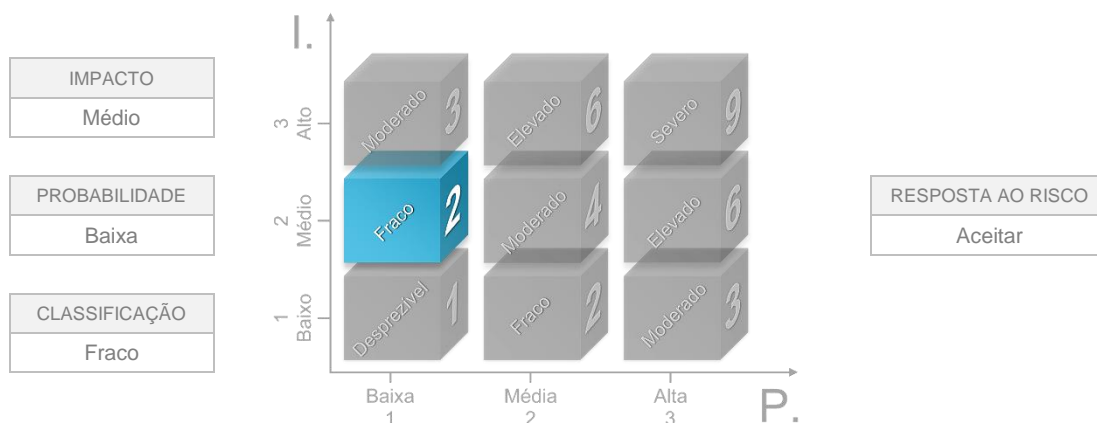
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A		02/01/2017	Semestral	Relatório de Inventário Semestral - Contagens Armazéns Centrais e Avançados
B		02/01/2017	Anual	Relatório de Inventário Anual - Contagens Armazéns Centrais e Avançados
C				

Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 1.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 1



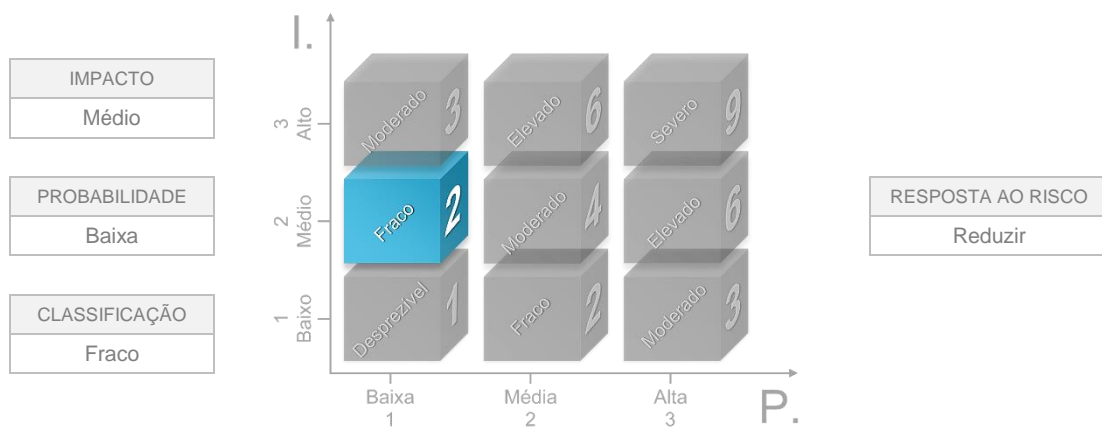
Objetivo 1.2.

DESCRIÇÃO	Receção dos materiais conforme: (1) Nota de Encomenda (artigo, quantidade, valor, estado físico do artigo e prazo de validade). (2) Guia de Receção (lote, prazo validade, quantidade rececionada, data/assinatura)		
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Receções não conformes <=5		
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico	<input checked="" type="checkbox"/> Operacional	<input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.2.1.

DESCRIÇÃO	Receção dos materiais não conforme: (1) Nota de Encomenda e (2) Guia de Receção
CAUSAS POSSÍVEIS	Registo de receção, na aplicação de dados-mestre, posterior ao recebimento físico do material

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 1.2.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Confrontar registos de receção - documental e de entrada na aplicação SGICM	Detetivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A		02/01/2017	Semestral	Amostragem aleatória de 50 receções: receções não conformes <=5
B				
C				

Atividade 1



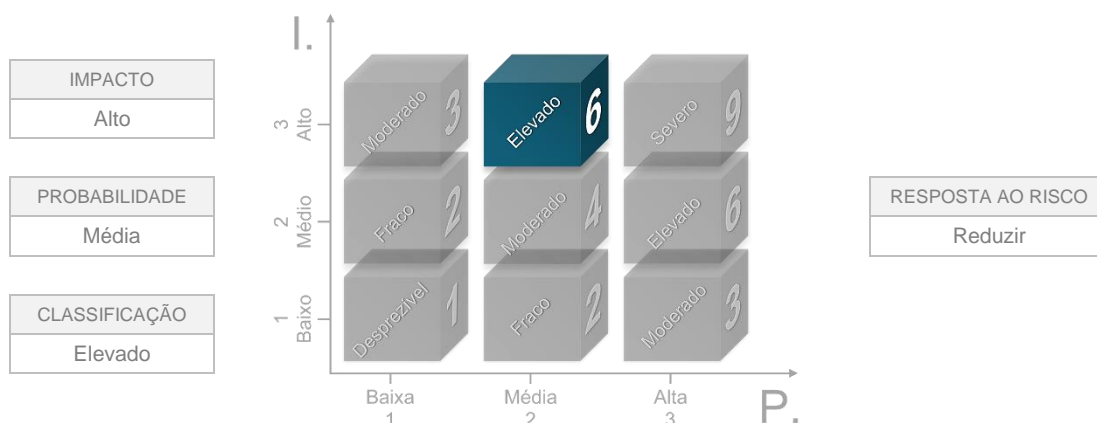
Objetivo 1.3.

DESCRIÇÃO	Salvaguarda dos bens/ativos em armazém
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Desvio de materiais = 0
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.3.1.

DESCRIÇÃO	Desvio de ativos/roubo
CAUSAS POSSÍVEIS	Não cumprimento das orientações / sinalética, porta deixada aberta, intrusão

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 1.3.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Armazém Central de Elvas (ACE) - abertura de porta por código	Preventivo
B	Armazém Central de Portalegre (ACP) - abertura de porta por código	Preventivo
C		

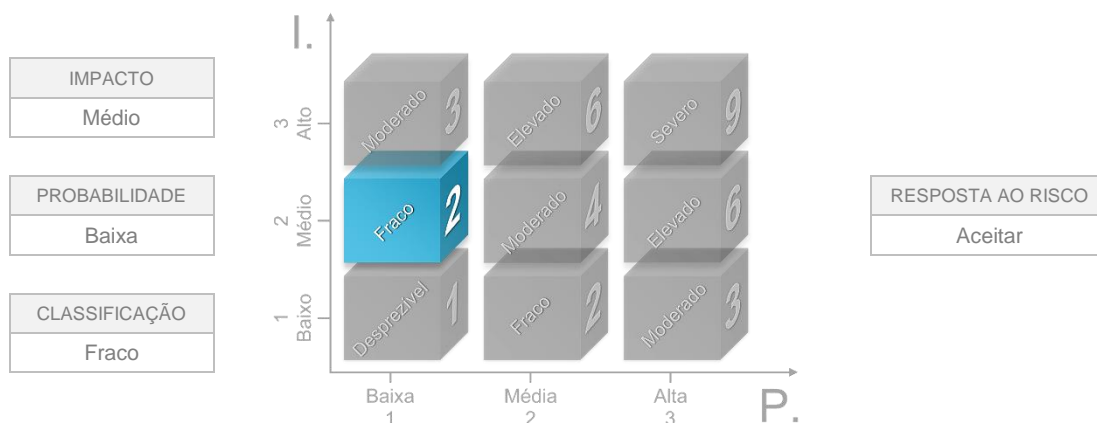
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A		02/01/2017	Trimestral	Código alterado e dado conhecimento aos colaboradores com privilégio
B		02/01/2017	Trimestral	Código alterado e dado conhecimento aos colaboradores com privilégio (Inf.612/2015)
C				

Atividade 1

Objetivo 1.3

Risco 1.3.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 1.3.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

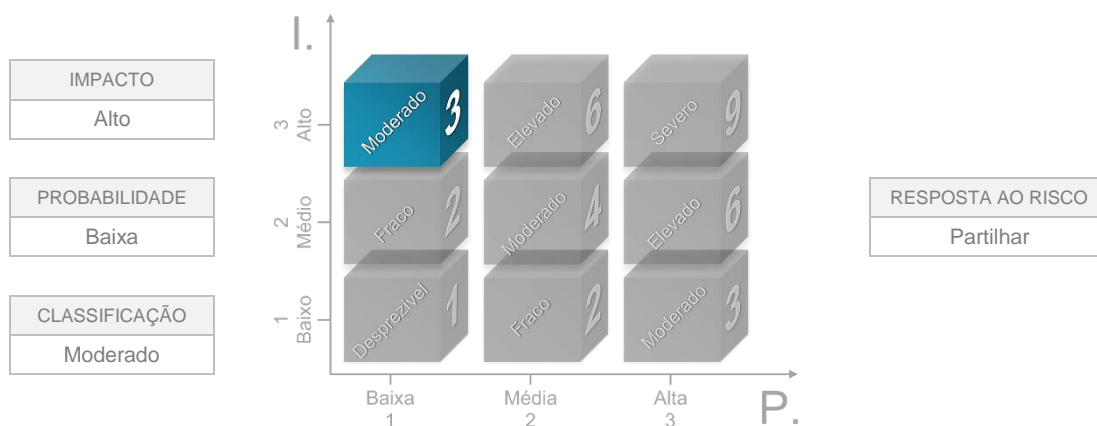
Atividade 1

Objetivo 1.3

Risco 1.3.2.

DESCRIÇÃO	Perdas por catástrofe natural
CAUSAS POSSÍVEIS	Fogo, inundação, etc.

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 1.3.2.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Seguro multirriscos para os produtos em stock.	Preventivo
B		
C		

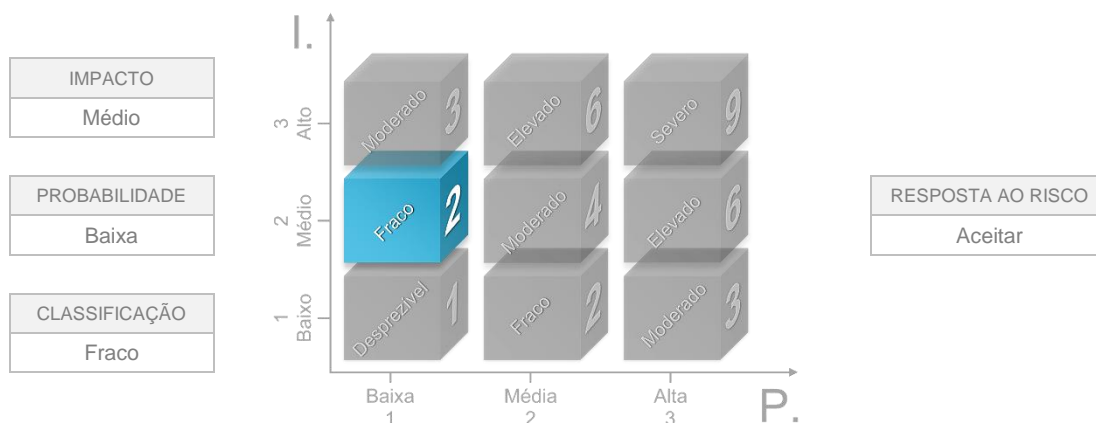
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/01/2014	01/01/2016	Anual	O valor do stock médio é revisto anualmente para a realização do seguro.
B				
C				

Atividade 1

Objetivo 1.3

Risco 1.3.2

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 1.3.2.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 1



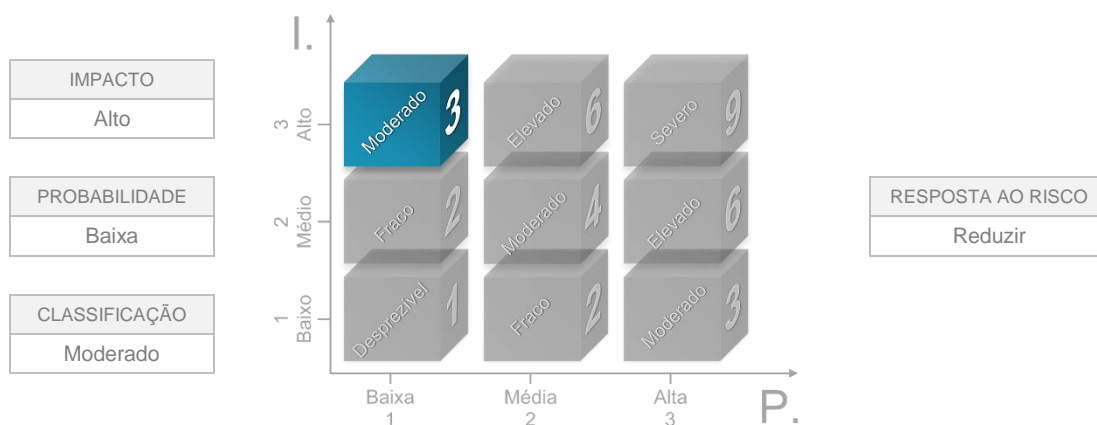
Objetivo 1.4.

DESCRIÇÃO	Controlo dos artigos em <i>stock</i> .
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Fornecer aos Serviços Utilizadores artigos conformes
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Operacional <input checked="" type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.4.1.

DESCRIÇÃO	Fornecer aos Serviços/utilizadores artigos não conformes
CAUSAS POSSÍVEIS	Artigos não conformes por caducidade, obsolescência, deterioração física, avaria.

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 1.4.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Controlo dos artigos em <i>stock</i> na observância da Instrução de Trabalho IT-01-AP	Preventivo
B		
C		

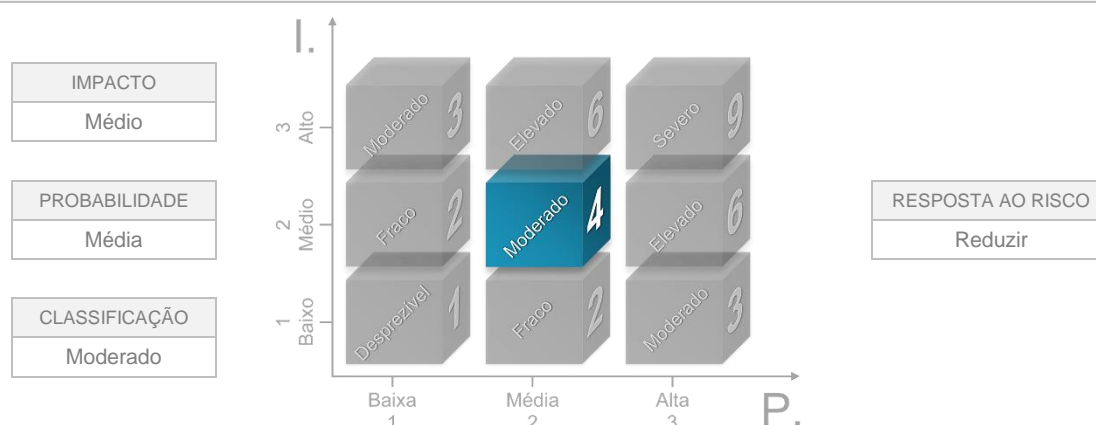
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A		02/01/2017	Mensal	Identificação e segregação dos artigos a abater - Listagem SGICM-L.
B				
C				

Atividade 2. “AQUISIÇÃO DE BENS, SERVIÇOS OU EMPREITADAS”
Objetivo 2.1.

DESCRIÇÃO	Efetuar procedimentos de contratação em conformidade com as disposições legais aplicáveis
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Procedimentos em incumprimento <=3
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 2.1.1.

DESCRIÇÃO	Não efetuar procedimentos de contratação em conformidade com as disposições legais aplicáveis
CAUSAS POSSÍVEIS	Determinação superior; Desconhecimento dos normativos legais; Lapso do colaborador; Possibilidade de colocação da vida humana em risco

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

Controlos 2.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Seguir a tramitação processual disposta no CCP	Preventivo
B	Utilizar a plataforma eletrónica de contratação pública (quando se justifique)	Preventivo
C		

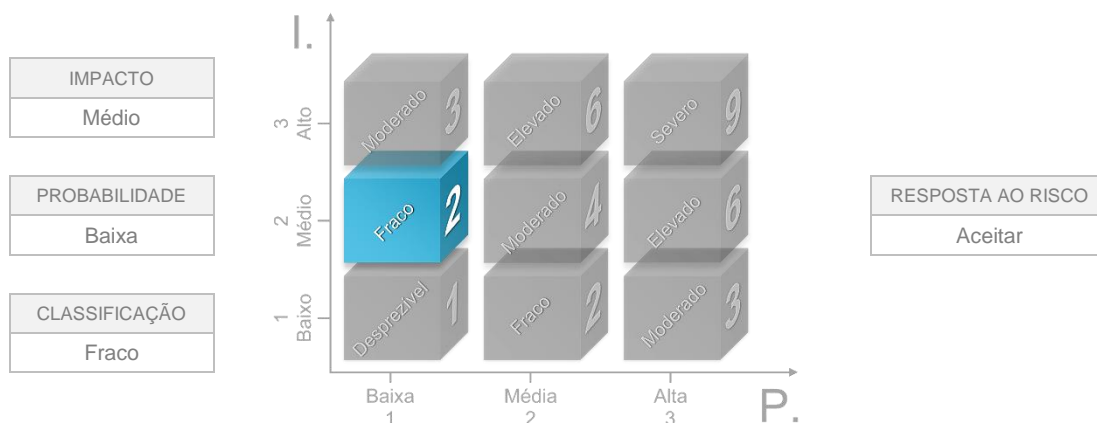
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A		30/06/2016	Semestral	Amostragem aleatória de 15 procedimentos abrangentes a todas as áreas de aquisição
B				
C				

Atividade 2

Objetivo 2.1

Risco 2.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 2.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 2



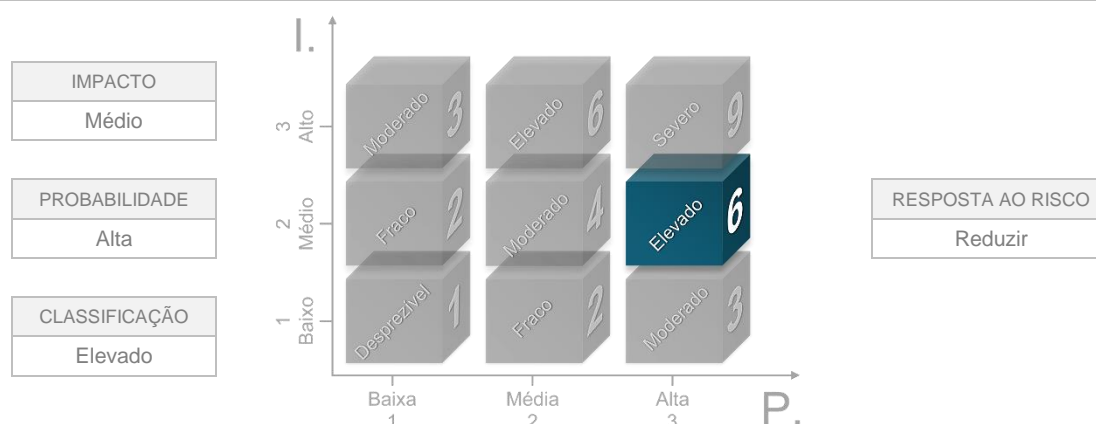
Objetivo 2.2.

DESCRIÇÃO	Garantir que os colaboradores que integram os júris de concursos não se encontram em situação de impedimento legal
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Procedimentos em incumprimento <=3
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 2.2.1.

DESCRIÇÃO	Não garantir que os colaboradores que integram os júris de concursos não se encontram em situação de impedimento legal
CAUSAS POSSÍVEIS	Lapso do colaborador; não entrega da declaração por parte dos elementos do júri

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 2.2.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Enviar declaração de impedimento para todos os elementos do júri	Preventivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A		30/06/2016	Semestral	Amostragem aleatória de 9 procedimentos abrangentes a todas as áreas de aquisição
B				
C				

Atividade 2

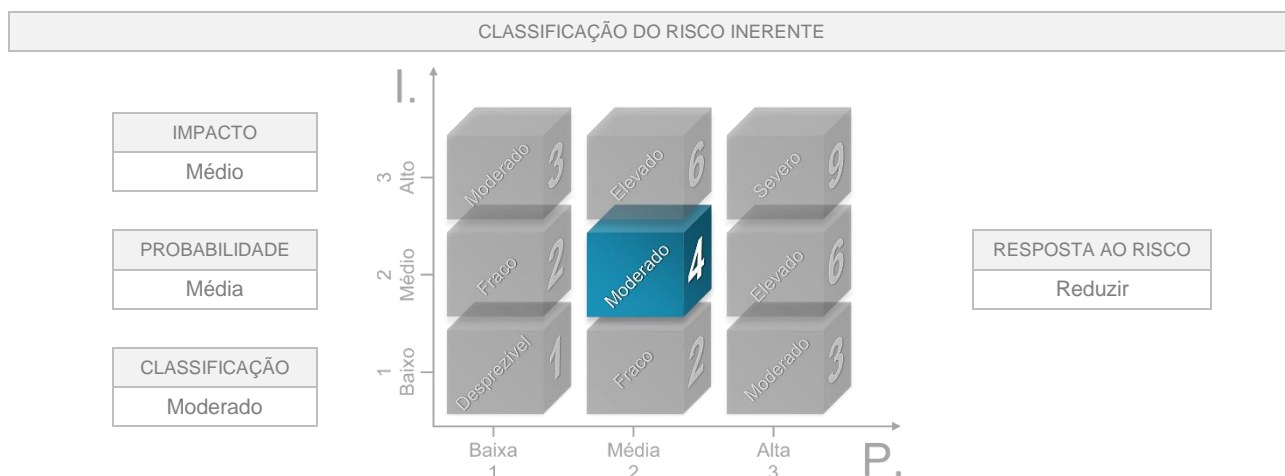


Objetivo 2.3.

DESCRIÇÃO	Garantir que as especificações técnicas dos Cadernos de Encargos são elaboradas pelos técnicos responsáveis das áreas
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Procedimentos em incumprimento <=3
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 2.3.1.

DESCRIÇÃO	Especificações técnicas dos Cadernos de Encargos não elaboradas pelos técnicos responsáveis das áreas
CAUSAS POSSÍVEIS	Ausência de pronúncia pelos responsáveis; urgência da aquisição



Controlos 2.3.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Remeter o <i>draft</i> das especificações técnicas, atempadamente, aos responsáveis das áreas	Preventivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A		30/06/2016	Semestral	Amostragem aleatória de 9 procedimentos abrangentes a todas as áreas de aquisição
B				
C				

V. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

a) RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO SFARM

Em conformidade com o artigo 54.º, do Regulamento Interno da ULSNA, EPE:

1. *Os Serviços Farmacêuticos regem-se pela lei em vigor.*
2. *Os Serviços Farmacêuticos são dirigidos por um Diretor, técnico superior de saúde – ramo de farmácia ou licenciado em ciências farmacêuticas, nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta da Direção Clínica;*
3. *Os Serviços Farmacêuticos têm as seguintes atribuições:*
 - a) *Garantir a disponibilização de medicamentos aos diversos serviços da ULSNA, EPE;*
 - b) *Garantir ainda a distribuição de medicamentos em dose unitária a todos os doentes internados;*
 - c) *Compete também aos serviços farmacêuticos colaborar na investigação e no ensaio das suas áreas específicas, designadamente através da colaboração nos ensaios clínicos autorizados na ULSNA, EPE e na formação e aperfeiçoamento dos profissionais.*
4. *O diretor do serviço farmacêutico auferirá a remuneração atribuída aos diretores dos serviços de apoio geral e logística, podendo contudo optar pelo vencimento de origem quando este lhe for mais favorável.*

Responsável pela Gestão: Ana Cristina Carrilho Martins Crucho

b) MATRIZ DE RISCO DO SFARM

Atividade 1. “AQUISIÇÃO DE BENS”

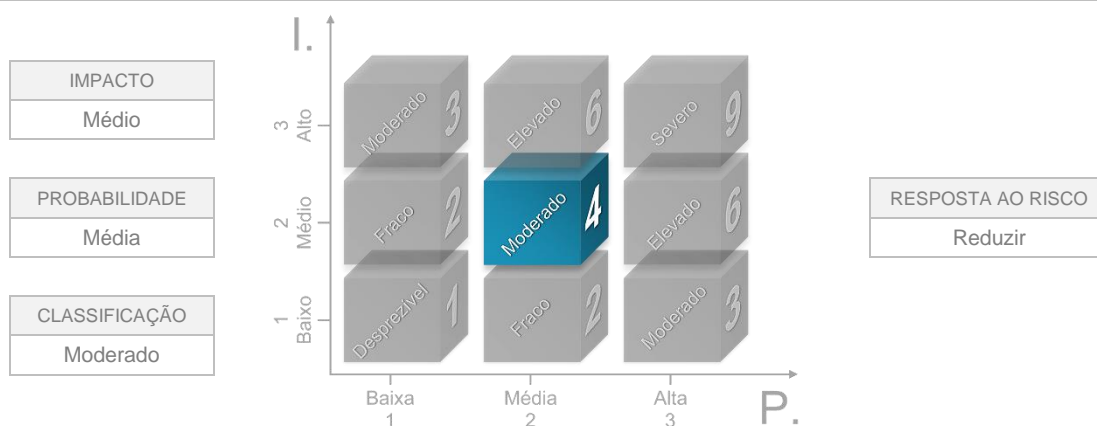
Objetivo 1.1.

DESCRIÇÃO	Aquisição isenta e imparcial de medicamentos e outros produtos farmacêuticos
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Nº de denúncias, reclamações ou impugnações de concurso
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.1.1.

DESCRIÇÃO	Consultas e aquisições sistemáticas aos mesmos fornecedores
CAUSAS POSSÍVEIS	Urgência da aquisição; Dolo ou conluio

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 1.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Diversificar, dentro da oferta no mercado, os contactos com vista às aquisições necessárias ao funcionamento da ULSNA	Preventivo
B	Alternância entre fornecedores, para a compra por ajuste direto, de medicamentos com preço e características técnicas equivalentes	Preventivo
C	Utilização de plataformas eletrónicas (VORTAL) e do CAPS	Preventivo

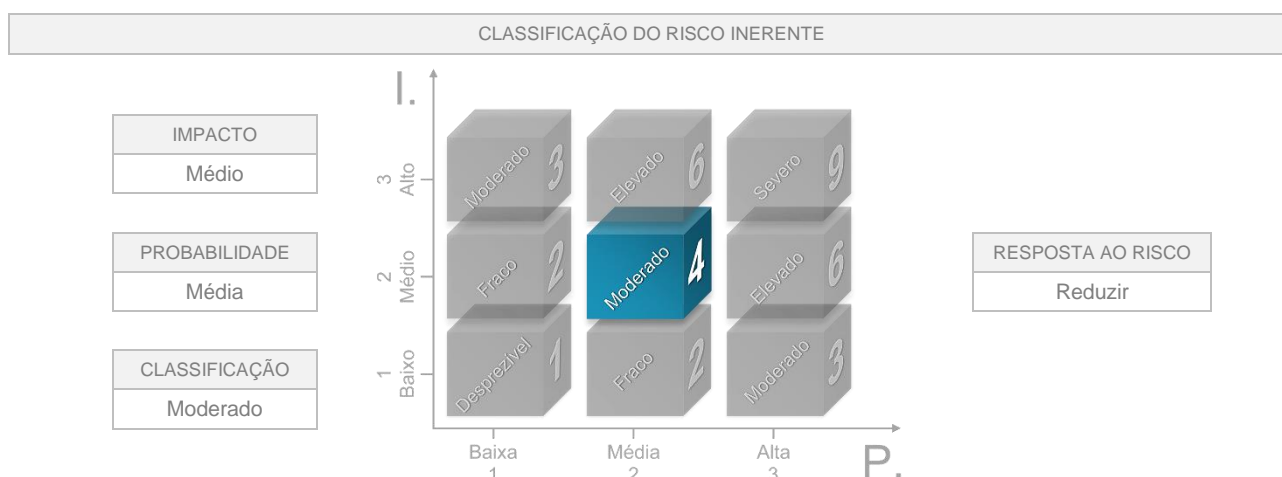
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Notas de encomenda e procedimentos de aquisição
B			Diária	Notas de encomenda
C			Diária	Registos na VORTAL

Atividade 2. “RECEÇÃO DE MERCADORIAS”
Objetivo 2.1.

DESCRIÇÃO	Receção de fármacos e de outros produtos farmacêuticos devidamente controlada de acordo com os procedimentos de boas práticas, definidos internamente			
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Nº de não conformidades aos fornecedores, Nº de recolhas			
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico	<input checked="" type="checkbox"/> Operacional	<input type="checkbox"/> Reporte	<input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 2.1.1.

DESCRIÇÃO	Receção de medicamentos ou produtos farmacêuticos não conformes, perda financeira, ruturas de <i>stock</i>
CAUSAS POSSÍVEIS	Receção de bens não controlada, erro humano, erros potenciados pelos fornecedores e transportadores


Controlos 2.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Receção de bens estejam em bom estado físico e de acordo com as quantidades encomendadas	Detetivo
B	Receção de bens com confirmação obrigatória de lote e validade	Detetivo
C	Verificar periodicamente se as existências em <i>stock</i> informático estão conformes com as existências em prateleira	Detetivo

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Diária	Notas de encomenda, Guias de transporte, Guias de remessa
B			Diária	Notas de encomenda, Guias de transporte, Guias de remessa
C			Outra	Inventários mensais, semestrais, anuais

Atividade 3. “GESTÃO DE EXISTÊNCIAS”

Objetivo 3.1.

DESCRIÇÃO	Garantir o registo e a conformidade de todos os movimentos de existências
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Movimentos de existências não registados ou não conformes
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input checked="" type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 3.1.1.

DESCRIÇÃO	Risco de movimentos de existências não registados ou não conformes
CAUSAS POSSÍVEIS	Erro humano, Informação veiculada erradamente (pedidos verbais)



Controlos 3.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Promover que os pedidos de reposição de <i>stock</i> (normais e urgentes) e as prescrições médicas sejam em exclusivo eletrónicas	Preventivo
B	Conferência (100%) de movimentos de existências pelos Assistentes Técnicos	Detetivo
C	Verificar periodicamente se as existências em <i>stock</i> informático estão conformes com as existências em prateleira	Detetivo
D	Conferência por amostragem (20%) de todas as movimentações (DT, DU, Pyxis)	Detetivo

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Diária	Contactos verbais e escritos aos prescritores e equipas de enfermagem
B			Diária	Documentos DT, DU, H. de Dia, Estupefacientes, Hemoderivados, Ambulatório
C			Outra	Inventários: Mensal (análise A); Semestral (análise ABC); Anual (total); Relatórios
D			Diária	Documentos DT, DU, relatórios Pyxis

Atividade 3



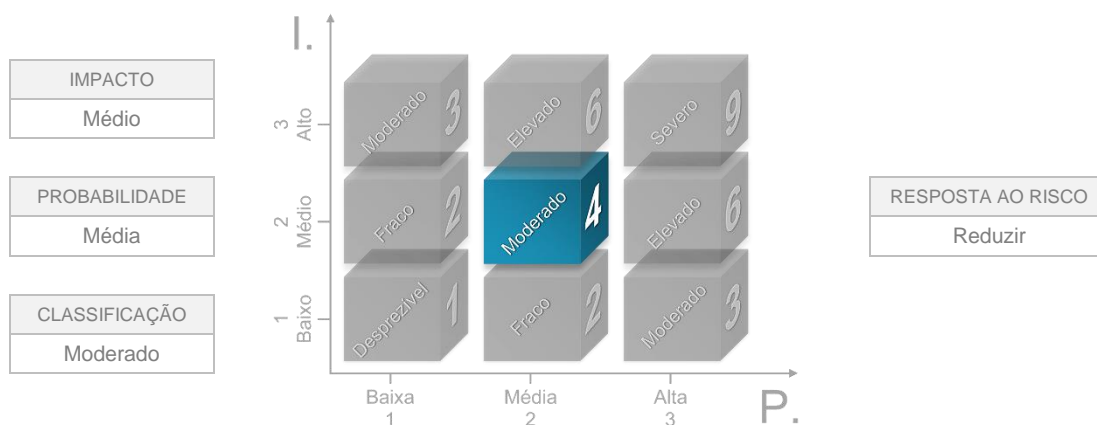
Objetivo 3.2.

DESCRIÇÃO	Reduzir o número de inutilizados
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	<= valor de inutilizados do ano anterior
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 3.2.1.

DESCRIÇÃO	Perda financeira e ineficiência na gestão de <i>stocks</i>
CAUSAS POSSÍVEIS	Erros informáticos e humanos

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 3.2.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Controlo de prazos de validade e dos registos de temperatura e humidade (sondas frio e ambiente)	Preventivo
B	Armazenamento de fármacos com base na regra FIFO	Preventivo
C	Escoamento prioritário de existências em prateleira com menores prazos de validade	Preventivo

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Diária	Registo de evidência do controlo mensal e alertas de temperatura e humidade
B			Diária	Instruções de Trabalho
C			Diária	Instruções de Trabalho

Atividade 3



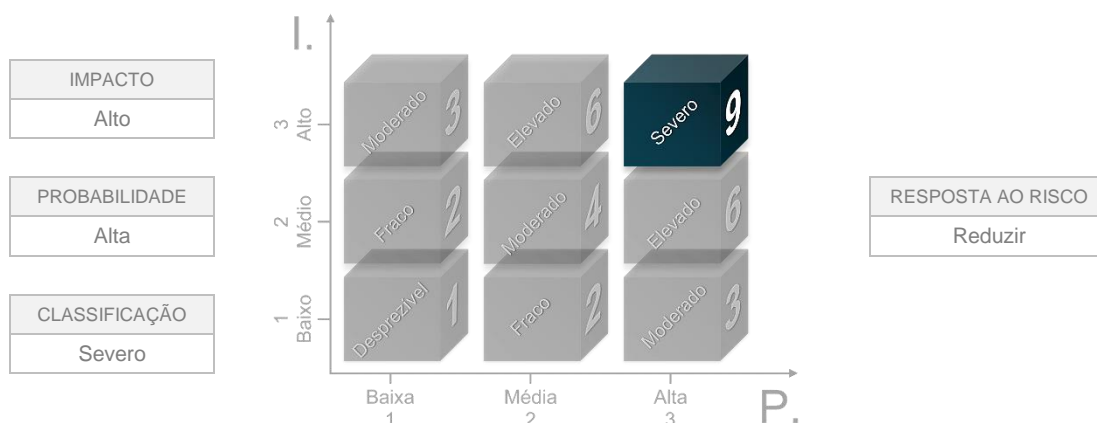
Objetivo 3.3.

DESCRIÇÃO	Salvaguarda de existências
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Denúncias, processos de inquérito, processos disciplinares
TIPO DE OBJETIVO	<input checked="" type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 3.3.1.

DESCRIÇÃO	Apropriação indevida de existências
CAUSAS POSSÍVEIS	Acesso indevido às instalações, acessibilidade facilitada, avaria de equipamentos (códigos, portas)

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 3.3.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Restrição por código de acesso aos SF aos seus colaboradores	Preventivo
B	Alteração periódica dos códigos de acesso	Preventivo
C	No período não coberto pela prevenção do SF, acesso exclusivo autorizado ao Chefe de Banco acompanhado do Vigilante.	Preventivo

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Portas com códigos restritos de acesso
B			Semestral	E-mail
C			Diária	Registo

Atividade 3



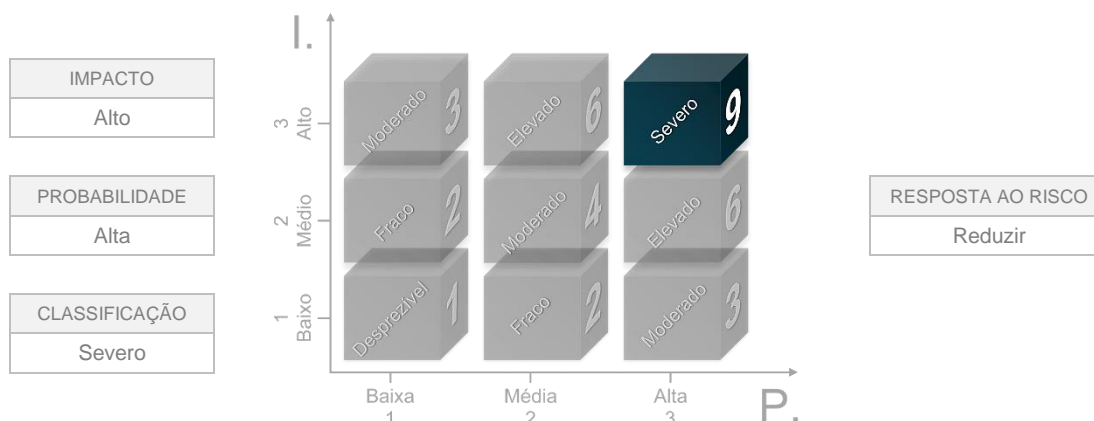
Objetivo 3.4.

DESCRIÇÃO	Fornecimento de fármacos e produtos farmacêuticos em bom estado de conservação e armazenamento
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Nº de reclamações (dispensa fármacos não conformes)
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 3.4.1.

DESCRIÇÃO	Fornecimento de fármacos e produtos farmacêuticos não conformes
CAUSAS POSSÍVEIS	Não observação dos prazos de validade, controlo deficiente das condições de armazenamento (temperatura, humidade, ...)

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 3.4.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Controlo de prazos de validade e dos registos de temperatura e humidade (sondas frio e ambiente)	Preventivo
B	Armazenamento de fármacos com base na regra FIFO	Preventivo
C	Escoamento prioritário de existências em prateleira com menores prazos de validade	Preventivo

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Mensal	Registo de evidência do controlo mensal
B			Diária	Instruções de Trabalho
C			Diária	Instruções de Trabalho

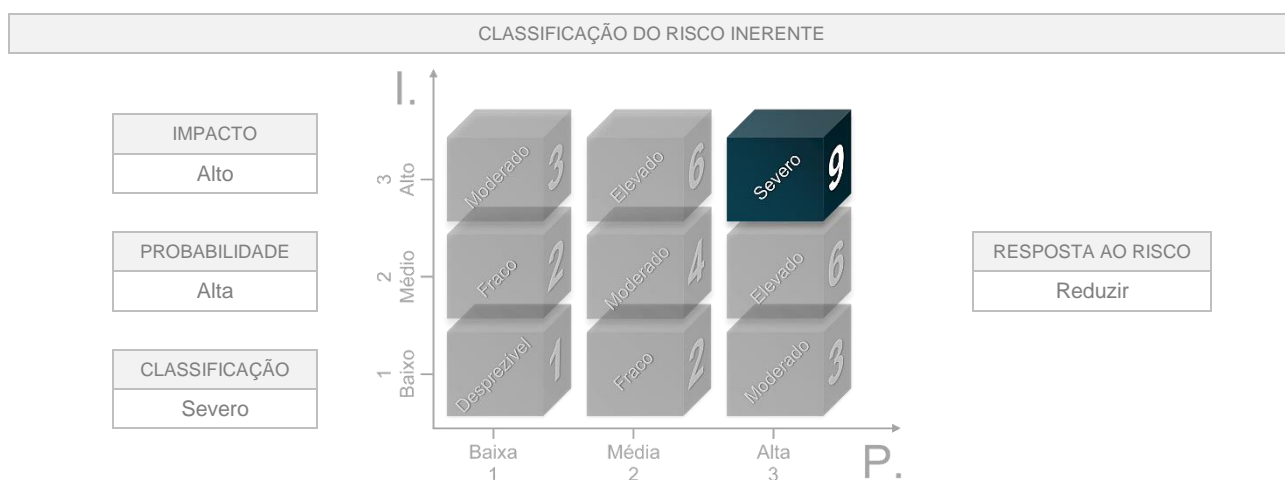
Atividade 4. “PREPARAÇÃO DE CITOTÓXICOS”

Objetivo 4.1.

DESCRIÇÃO	Garantir que o medicamento prescrito é o correto, dado ao doente correto, na dose correta devidamente ajustada ao seu peso e à sua função renal, nas condições corretas de conservação e estabilidade
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Movimentos de existências não registados ou não conformes
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 4.1.1.

DESCRIÇÃO	Preparação de citotóxico incorreto em dose, volume, reconstituição, diluição
CAUSAS POSSÍVEIS	Erro humano, falta de recursos, erro potenciado pelo serviço requisitante



Controlos 4.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Antes da preparação: ajuste ao peso e função renal; registos de dose, volume, reconstituição, diluição, lote, validade	Preventivo
B	Antes da preparação: registos do material utilizado, soluções (e lotes) de diluição e reconstituição utilizados	Preventivo
C	Antes da preparação: impressão em triplicado de rótulos (medicamento, ficha de preparação, livro de atas)	Preventivo
D	Sala de Preparação - evitar contaminação cruzada: 1) um medicamento de cada vez 2) vazio de câmara entre diferentes medicamentos	Preventivo
E	Sala de Preparação: dupla verificação durante toda a preparação de fármacos citotóxicos	Detetivo
F	Revisão e atualização periódica de RCM's e pedidos de informação adicional aos detentores de AIM	Corretivo
G	Confirmação pelo serviço requisitante, no dia agendado, da condição clínica do doente para iniciar tratamento	Preventivo
H	Verificação no agendamento de doentes: nome, protocolo terapêutico, medicamentos, doses, discussão em CDT	Detetivo

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Diária	Ficha de preparação
B			Diária	Ficha de preparação
C			Diária	Ficha de preparação e livro de atas
D			Diária	IT - Envio de medicamentos para a Sala de Preparação ULSNA; Livro de atas
E			Diária	Livro de atas
F			Outra	Atualização de procedimentos e registos
G			Diária	E-mail
H			Diária	Protocolo; Processos da CDT

VI. SERVIÇO DE INSTALAÇÕES, TRANSPORTES E EQUIPAMENTOS

a) RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO SITE

Em conformidade com o artigo 68.º, do Regulamento Interno da ULSNA, EPE:

1. *O Serviço de Instalações, Transportes e Equipamentos é dirigido por um profissional designado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Presidente ou Vogal responsável pela área, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.*
2. *Ao Serviço de Instalações, Transportes e Equipamentos compete:*
 - a) *Promover, assegurar, acompanhar, avaliar e fiscalizar a elaboração de projetos e a realização de obras;*
 - b) *Organizar e manter o arquivo técnico dos edifícios, das instalações técnicas especiais e do equipamento geral e médico;*
 - c) *Estudar e programar a manutenção dos edifícios, das instalações técnicas especiais e do equipamento geral e médico;*
 - d) *Manter atualizada uma base de dados informática da manutenção e revisão dos equipamentos;*
 - e) *Elaborar e difundir, em articulação com o serviço de segurança e saúde no trabalho, manuais de procedimentos de utilização de instalações técnicas especiais e equipamentos, de acordo com as regras de segurança e qualidade aplicáveis e as instruções dos fabricantes e fornecedores;*
 - f) *Assegurar a adequada manutenção e assistência técnica a bens, equipamentos, edifícios e instalações da ULSNA, EPE;*
 - g) *Assegurar em articulação com o serviço de segurança e saúde no trabalho as atividades necessárias ao bom funcionamento e manutenção dos sistemas de apoio de emergência;*
 - h) *Organizar e manter atualizado o sistema de sinalização interno;*
 - i) *Gerir a frota da ULSNA, EPE.*

Responsável pela Gestão: Alexandra Maria Santos Silveira

b) MATRIZ DE RISCO DO SITE

Atividade 1. “UTILIZAÇÃO DE VIATURAS DE SERVIÇO”

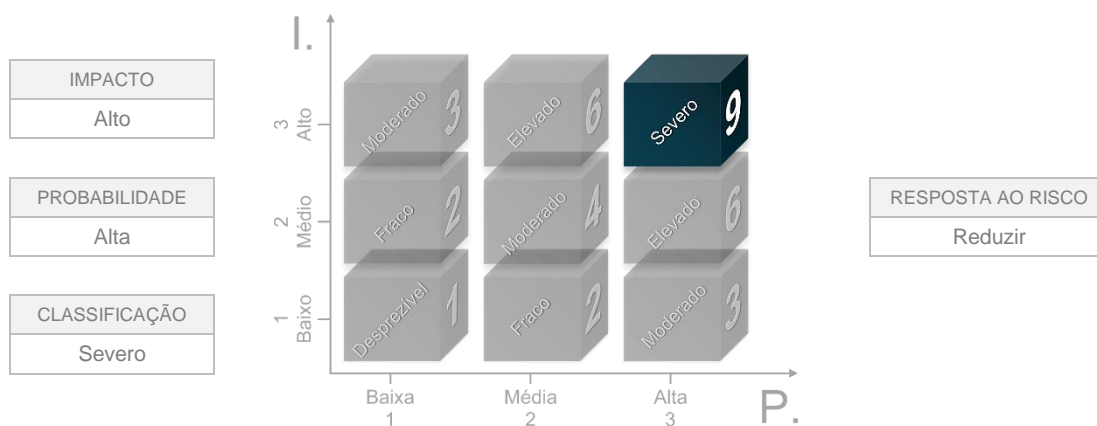
Objetivo 1.1.

DESCRIÇÃO	Garantir o uso eficiente, económico e em segurança da viatura solicitada através da aplicação informática, quer por parte dos motoristas, quer por qualquer outro colaborador que a requirite.
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Número de horas extraordinárias geradas mensalmente por cada motorista
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.1.1.

DESCRIÇÃO	O uso ineficiente ou indevido das viaturas solicitadas.
CAUSAS POSSÍVEIS	Utilização de itinerários alternativos mais longos e marcações biométricas realizadas em desacordo com o trabalho efetivamente prestado.

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 1.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Controlo do número de horas extraordinárias realizadas mensalmente por cada motorista	Detetivo
B		
C		

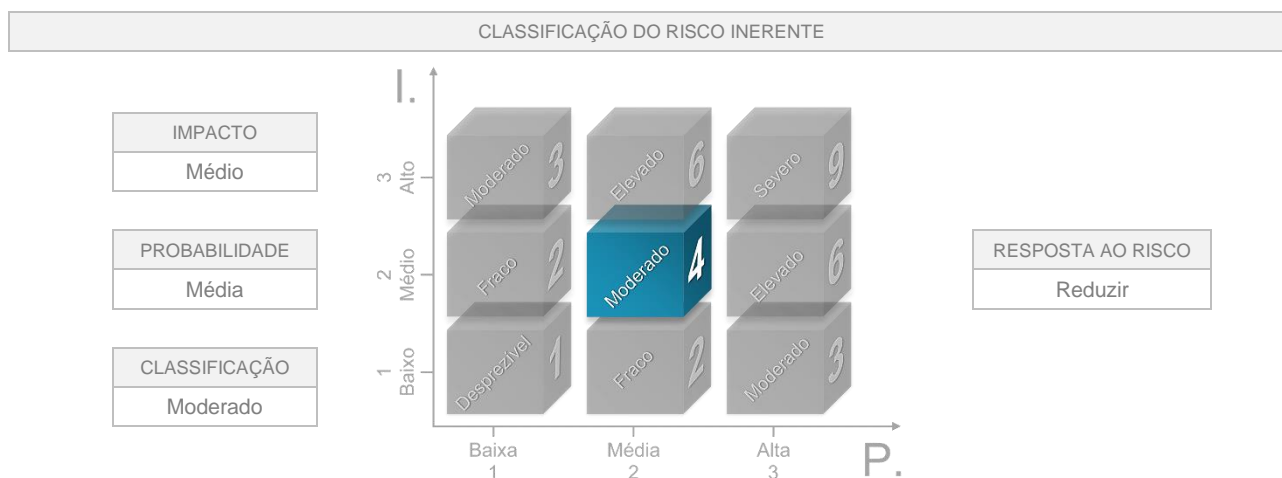
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	02/02/2015		Mensal	Cruzamento da informação constante na folha de ponto e boletim de itinerário
B				
C				

Atividade 2. “GESTÃO DE CONTRATOS DE MANUTENÇÃO”
Objetivo 2.1.

DESCRIÇÃO	Garantir o controlo eficaz dos custos inerentes aos contratos de manutenção dos equipamentos da ULSNA, EPE
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Custos extra contrato de manutenção
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 2.1.1.

DESCRIÇÃO	Dificuldade de controlo de custos em intervenções
CAUSAS POSSÍVEIS	Avarias inopinadas ou divergências no cumprimento do contrato de aquisição (garantias oferecidas pelas marcas)


Controlos 2.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Consulta a várias entidades aquando da adjudicação e controlo do cumprimento dos contratos de manutenção vs a faturação.	Detetivo
B	A inventariação de imobilizado é feita pelo SITE e SAL através de uma nova aplicação informática (GHAF).	Preventivo
C	Controlo do número de visitas ao abrigo dos contratos, através de alertas de <i>e-mail</i> ou telefone.	Orientativo

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	02/02/2015		Anual	Desvios dos valores de manutenção contratados face aos faturados
B	02/02/2015		Outra	Listagens atualizadas de bens inventariados
C	02/02/2015		Anual	Registo dos alertas das visitas de manutenção via <i>e-mail</i>

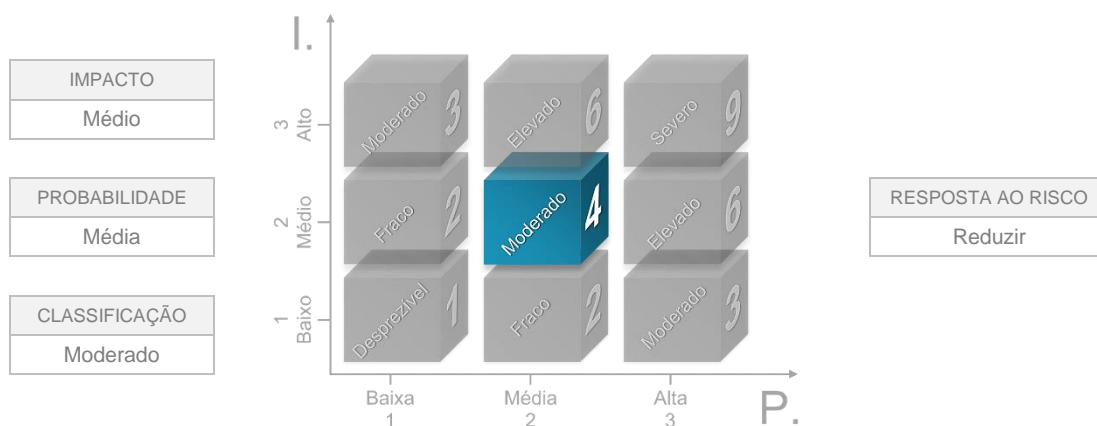
Atividade 2

Objetivo 2.1

Risco 2.1.2.

DESCRIÇÃO	Receção de equipamentos e serviços em divergência com a nota de encomenda e fatura.
CAUSAS POSSÍVEIS	Erros de requisição e/ou faturação, assim como na entrega dos bens e serviços

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 2.1.2.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Validação de folhas de obra/boletins de inspeção, de acordo com o solicitado nos contratos de manutenção	Detetivo
B	Receção de equipamentos verificada pelo SITE e inventariação com aplicação de etiqueta, para entrega no serviço requisitante	Detetivo
C		

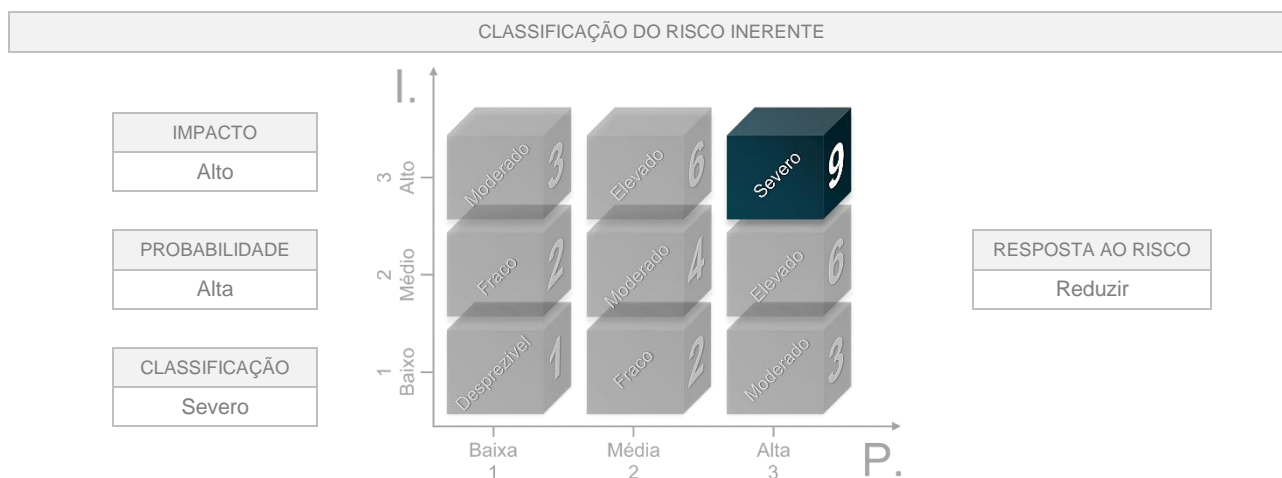
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	02/02/2015		Outra	
B	02/02/2015		Outra	
C				

Atividade 3. “FISCALIZAÇÃO DE OBRAS”
Objetivo 3.1.

DESCRIÇÃO	Evitar incumprimentos de prazos de execução de obras e custos com trabalhos a mais nas empreitadas adjudicadas. Garantir o cumprimento do CCP.
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Custos com “trabalhos a mais” menores ou iguais a 25% do custo total
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input checked="" type="checkbox"/> Conformidade

Risco 3.1.1.

DESCRIÇÃO	Não cumprimento de prazos de execução de obra; Elevados custos com trabalhos a mais em valores superiores ao preconizado no CCP.
CAUSAS POSSÍVEIS	Atrasos na execução da obra, relacionados com questões financeiras do empreiteiro ou erros de projeto nas várias especialidades


Controlos 3.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Contratação de fiscalização externa a empresa especializada em construção civil	Preventivo
B	Contratação de empreiteiros com situação financeira regularizada	Preventivo
C	Acompanhamento de todas as intervenções por técnicos de várias especialidades do SITE	Detetivo

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	02/02/2015		Anual	
B	02/02/2015		Outra	
C	02/02/2015		Outra	

VII. SERVIÇO DE SISTEMAS DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO

a) RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO SSTI

Em conformidade com o artigo 69.º, do Regulamento Interno da ULSNA, EPE:

1. O Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação é dirigido por um profissional designado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Presidente ou Vogal responsável pela área, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.
2. Ao Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação compete:
 - a) Assegurar a operacionalidade, manutenção e segurança do parque informático e da rede de informação da ULSNA, EPE, bem como as ligações às redes exteriores, designadamente à rede de informação da saúde;
 - b) Instalar ou promover a instalação de novos equipamentos informáticos e de infraestruturas, particularmente de rede e cablagem, procedendo às ações necessárias ao seu correto funcionamento;
 - c) Configurar os sistemas de forma homogénea e coerente em toda a ULSNA, EPE, de acordo com as configurações que vierem a ser definidas;
 - d) Analisar e dar parecer sobre as necessidades de equipamento informático expressas pelos Departamentos/Serviços, numa perspetiva de rentabilização, racionalização e oportunidade;
 - e) Apoiar o utilizador na exploração das aplicações informáticas, das tecnologias de informação e comunicação da ULSNA, EPE;
 - f) Promover, em articulação com o Serviço de Formação e Investigação, Biblioteca e Documentação, ações de formação dos utilizadores das aplicações informáticas existentes;
 - g) Implementar medidas técnicas e organizativas de segurança da informação que impeçam a sua destruição, perda acidental, alteração, difusão ou acesso não autorizados;
 - h) Assegurar a exploração das aplicações de suporte ao sistema de informação da ULSNA, EPE, bem como a sua inserção no desenvolvimento do sistema de informação do Serviço Nacional de Saúde;
 - i) Organizar e manter registos cadastrais de todos os equipamentos informáticos instalados na ULSNA, EPE e monitorizar os respetivos tempos de imobilização;
 - j) Orientar e coordenar o planeamento do sistema de informação da ULSNA, EPE;
 - l) Assegurar e promover a utilização da Internet e da Intranet.

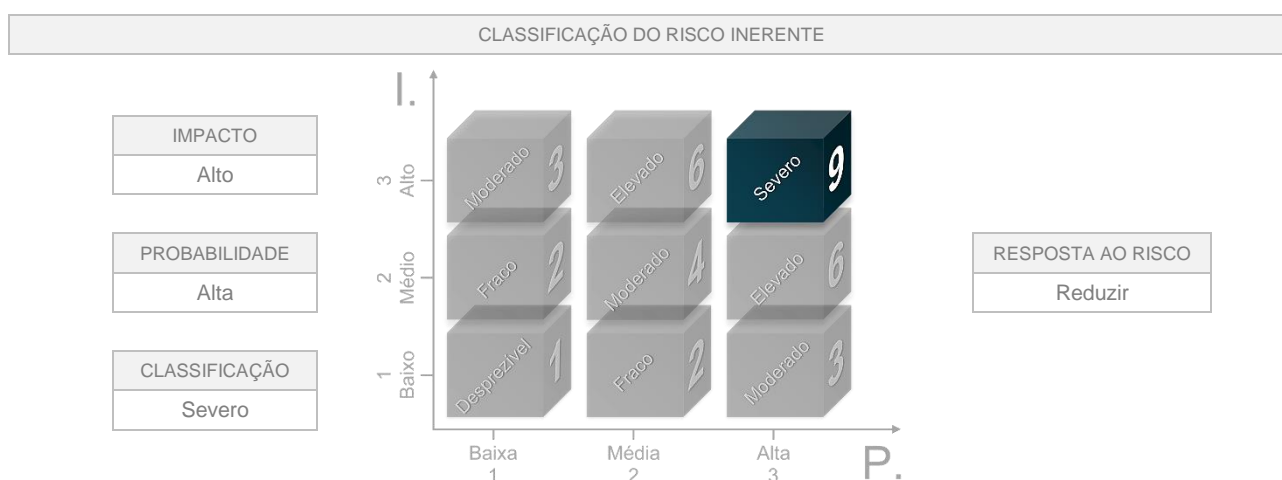
Responsável pela Gestão: Bruno José Jesus Silva

b) MATRIZ DE RISCO DO SSTI
Atividade 1. “GESTÃO DE INCIDENTES E SERVIÇOS”
Objetivo 1.1.

DESCRIÇÃO	Promover uma resposta adequada aos pedidos dos nossos utilizadores assim como aos incidentes reportados através da investigação, diagnóstico, escalonamento e resolução mais adequada			
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	N.º de incidentes (tickets) fechados com sucesso			
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico	<input checked="" type="checkbox"/> Operacional	<input type="checkbox"/> Reporte	<input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 1.1.1.

DESCRIÇÃO	Não responder de forma adequada a um incidente com um maior impacto na atividade da instituição
CAUSAS POSSÍVEIS	Incorreta triagem, incorreta alocação de recursos humanos, incorreto escalonamento


Controlos 1.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Definir um modelo de classificação e priorização dos incidentes e pedidos	Orientativo
B	Definir regras e procedimentos de escalonamento dos incidentes e pedidos	Orientativo
C		

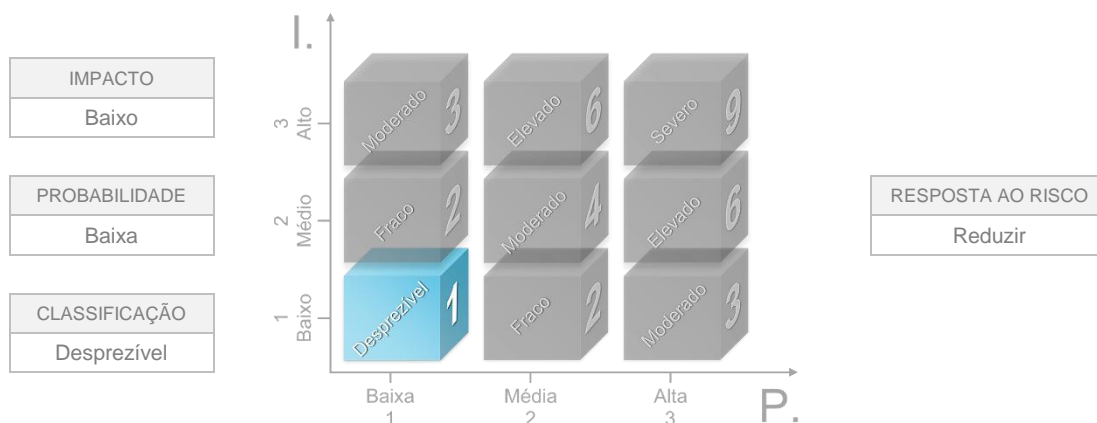
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/02/2014		Outra	N.º de incidentes classificados com base no modelo
B	01/02/2014		Outra	N.º de incidentes e pedidos escalonados segundo as regras definidas
C				

Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 1.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Auditar, por amostragem, os registos efetuados no sistema de informação de registo de pedidos e incidentes	Detetivo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

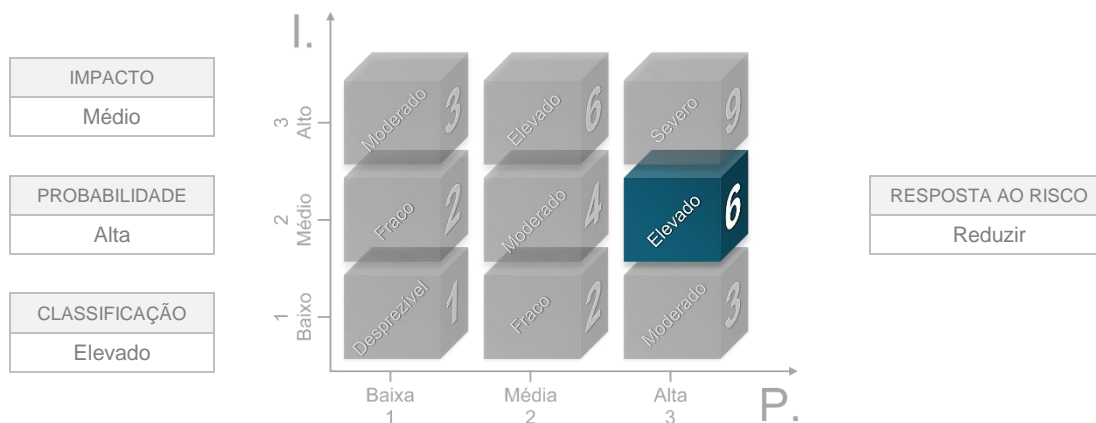
Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.2.

DESCRIÇÃO	Não dar resposta ao incidente em tempo útil, causando constrangimentos na atividade da instituição
CAUSAS POSSÍVEIS	Incorreta triagem do incidente, desconhecimento da resolução do incidente, não associação de prazos de resposta à prioridade do <i>ticket</i>

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 1.1.2.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Criação de uma base de conhecimento para os incidentes reportados e respetivas resoluções	Orientativo
B	Criação de níveis de serviço (SLA) com tempos de resposta adequados	Orientativo
C		

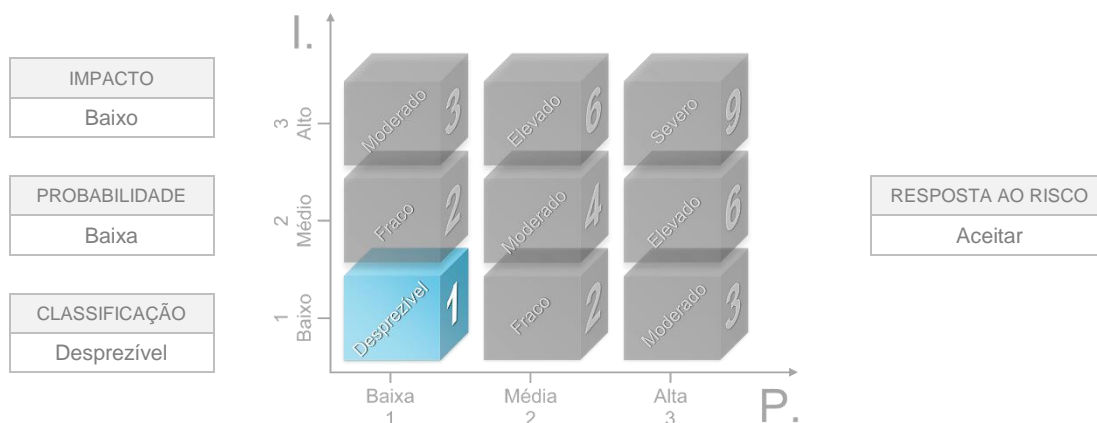
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/02/2014		Outra	Informação vertida na base de conhecimento
B	01/02/2014		Outra	N.º de <i>tickets</i> com um nível de serviço associado de forma adequada
C				

Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.2

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 1.1.2.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

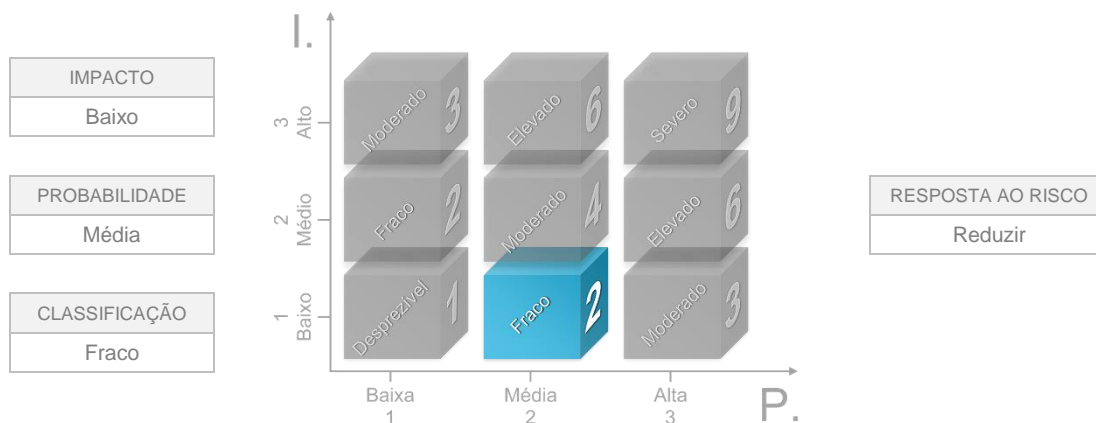
Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.3.

DESCRIÇÃO	A resposta dada pelo SSTI não estar adequada às expetativas dos utilizadores
CAUSAS POSSÍVEIS	Respostas não adequadas às necessidades; incorreta distribuição dos recursos humanos afetos a esta atividade

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 1.1.3.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Analisar os dados registados de forma a identificar tendências e padrões de assuntos recorrentes	Detetivo
B	Monitorizar a produção em tempo real de forma a adequar os recursos humanos existentes à resposta necessária a cada momento	Preventivo
C		

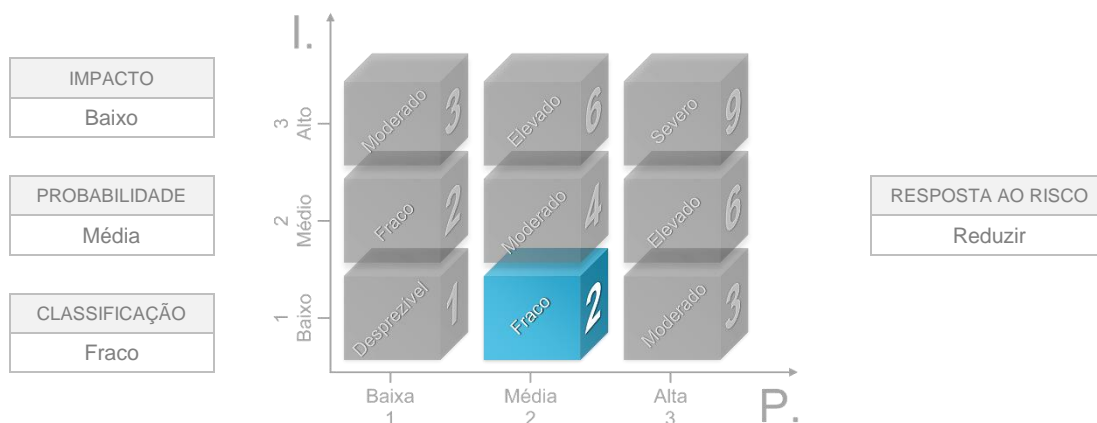
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/08/2016		Outra	Relatórios diários e mensais da atividade do <i>service desk</i>
B	01/02/2014		Outra	N.º de <i>tickets</i> com técnico associado em tempo útil
C				

Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.3

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 1.1.3.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Validar com os utilizadores que o incidente foi resolvido segundo a sua expectativa/necessidade	Preventivo
B	Avaliar a satisfação dos utilizadores com base em inquéritos de satisfação - melhoria contínua	Preventivo
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

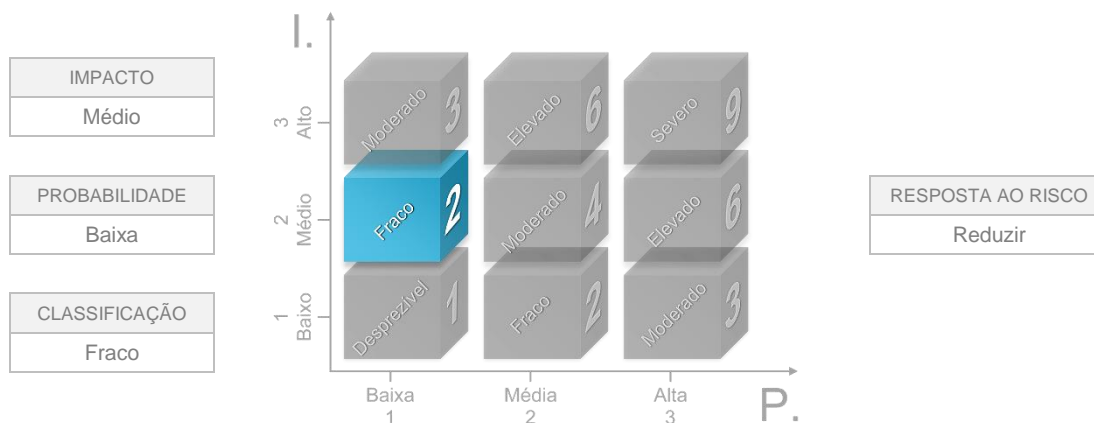
Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.4.

DESCRIÇÃO	Não distribuir os recursos existentes da responsabilidade do SSTI em conformidade com as reais necessidades da instituição
CAUSAS POSSÍVEIS	Inexistência de critérios ou conhecimento de causa sobre as necessidades TIC de cada serviço

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 1.1.4.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Definição de circuitos de aprovação para parecer sobre a instalação de novos equipamentos TIC	Orientativo
B		
C		

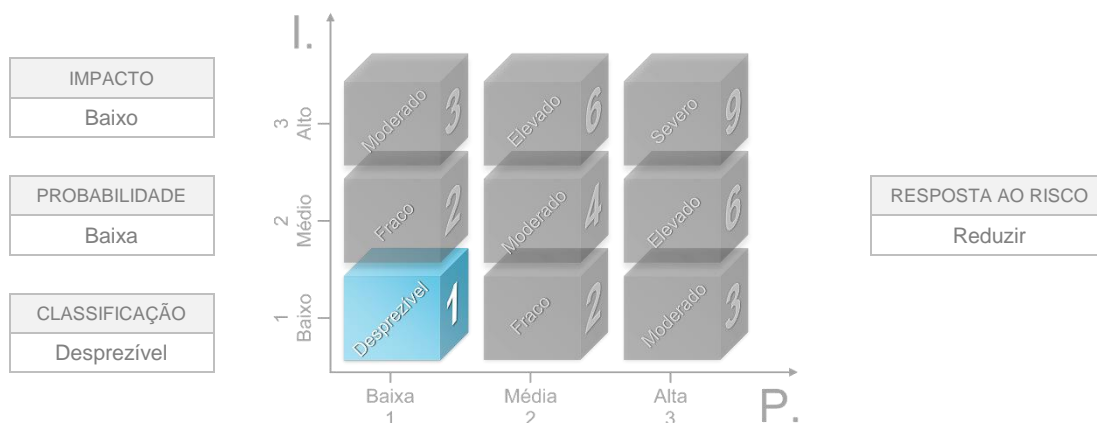
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/02/2014		Outra	Circuito de aprovação definido
B				
C				

Atividade 1

Objetivo 1.1

Risco 1.1.4

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 1.1.4.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Definição de critérios e rácios para atribuição de novos equipamentos TIC	Orientativo
B		
C		

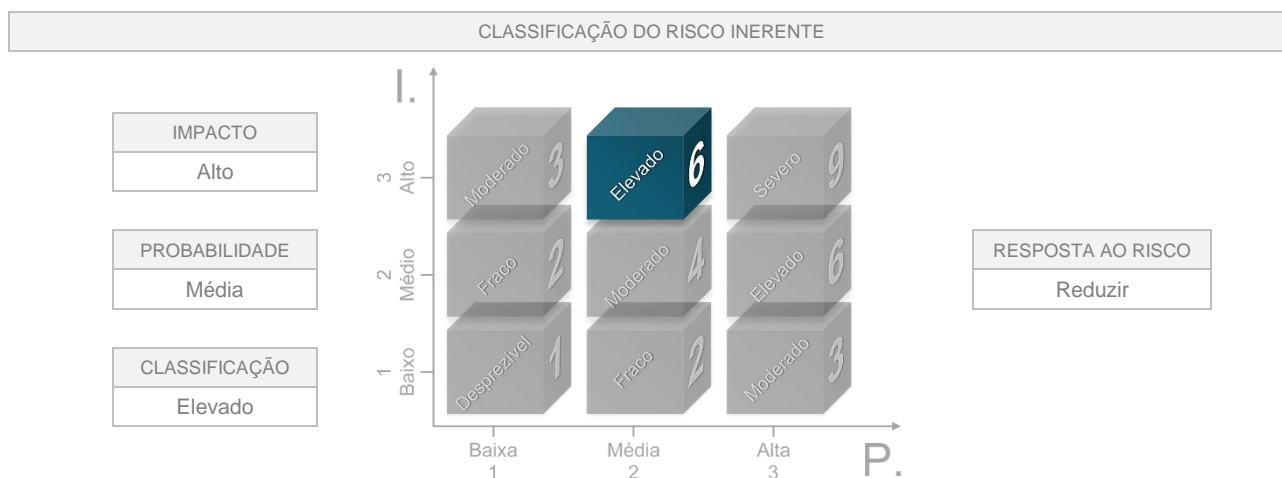
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 2. “GESTÃO DE CONFIGURAÇÕES”
Objetivo 2.1.

DESCRIÇÃO	Definir e manter as configurações dos sistemas e tecnologias da informação adequadas para proporcionar o melhor desempenho e robustez dos serviços disponibilizados ao utilizador final
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	% de equipamentos que respeitam o repositório de configurações
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 2.1.1.

DESCRIÇÃO	Funcionalidade de um sistema ou ativo comprometida
CAUSAS POSSÍVEIS	Configurações não otimizadas; incompatibilidade de versões instaladas no mesmo ativo; Configurações incompletas;


Controlos 2.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Identificar e classificar os elementos de configuração de cada ativo da infraestrutura	Orientativo
B	Criar e normalizar referências de configurações por cada ativo da infraestrutura	Orientativo
C		

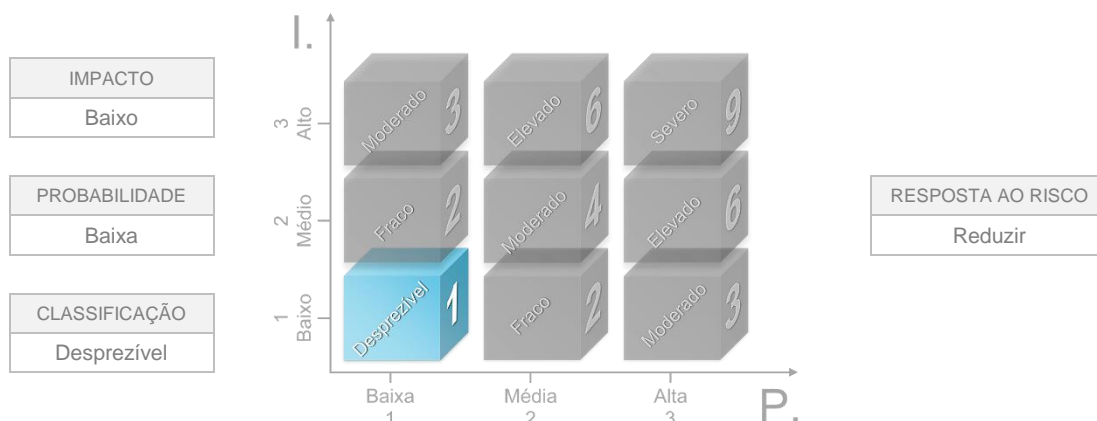
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A	01/02/2007		Outra	Registo da identificação e classificação
B	01/02/2007		Outra	Existência da norma/referência por ativo
C				

Atividade 2

Objetivo 2.1

Risco 2.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 2.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Criar uma relação entre ativos e respetivas configurações por serviço ou sistema	Orientativo
B	Criar um ambiente de pré-produção que permita testar atualizações sem causar impacto no ambiente de produção	Preventivo
C	Rever periodicamente as atualizações existentes, alterando o modelo de configurações normalizado	Preventivo

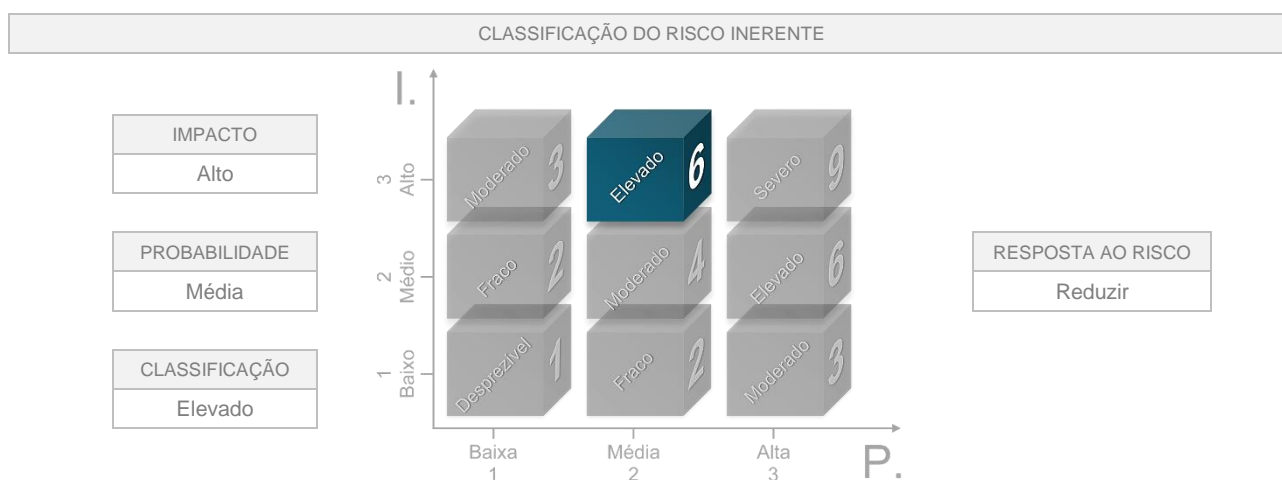
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 3. “GESTÃO DA CONTINUIDADE”
Objetivo 3.1.

DESCRIÇÃO	Estabelecer e manter um plano que permita ao negócio responder a incidentes e interrupções de serviço, garantindo a continuidade dos processos críticos para a ULS
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	N.º de processos críticos com plano de continuidade definido e aprovado
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 3.1.1.

DESCRIÇÃO	Dificuldade em garantir continuidade de processos críticos para o negócio por falência dos sistemas de informação
CAUSAS POSSÍVEIS	Não existência de um plano de continuidade do negócio (BCP)


Controlos 3.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Identificar os sistemas críticos para o negócio	Orientativo
B	Identificar principais incidentes que podem levar a paragem de processos, identificando os <i>work arounds</i> possíveis	Orientativo
C		

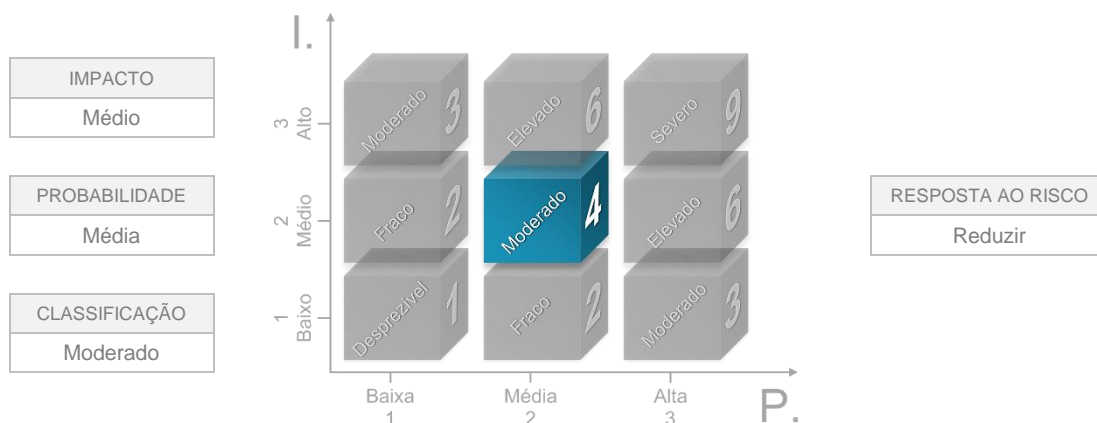
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Listagem de sistemas críticos (ainda não implementado)
B			Outra	Elenco de <i>work arounds</i> vertidos na base de conhecimento
C				

Atividade 3

Objetivo 3.1

Risco 3.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 3.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Desenvolver e implementar um plano de continuidade do negócio para os sistemas que se considerem críticos	Orientativo
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

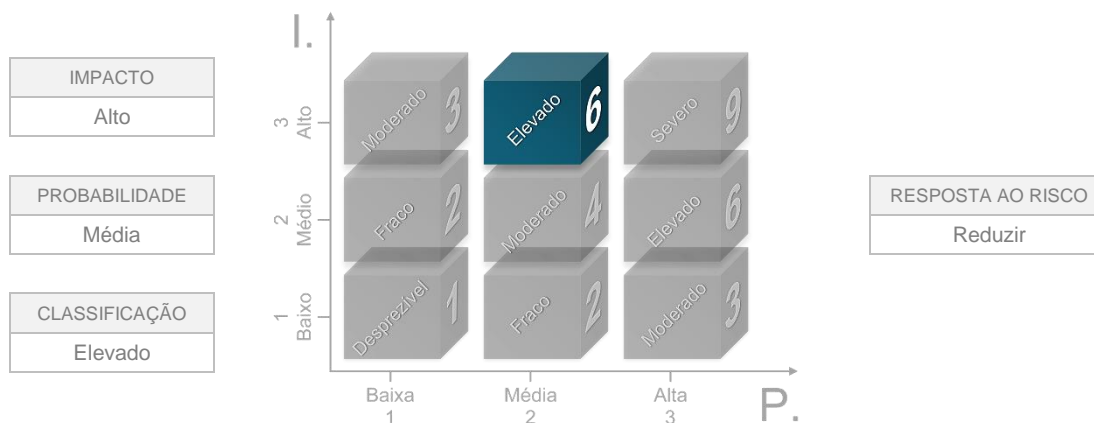
Atividade 3

Objetivo 3.1

Risco 3.1.2.

DESCRIÇÃO	Perda de informação crítica para o negócio
CAUSAS POSSÍVEIS	Eliminação por intervenção humana (voluntário ou involuntária), ação de vírus, falência de <i>hardware</i>

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 3.1.2.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Identificar a informação crítica para o negócio por cada sistema	Orientativo
B	Definir um plano de <i>backups</i> para a informação crítica	Preventivo
C	Monitorizar e manter atualizado o plano de <i>backups</i>	Preventivo

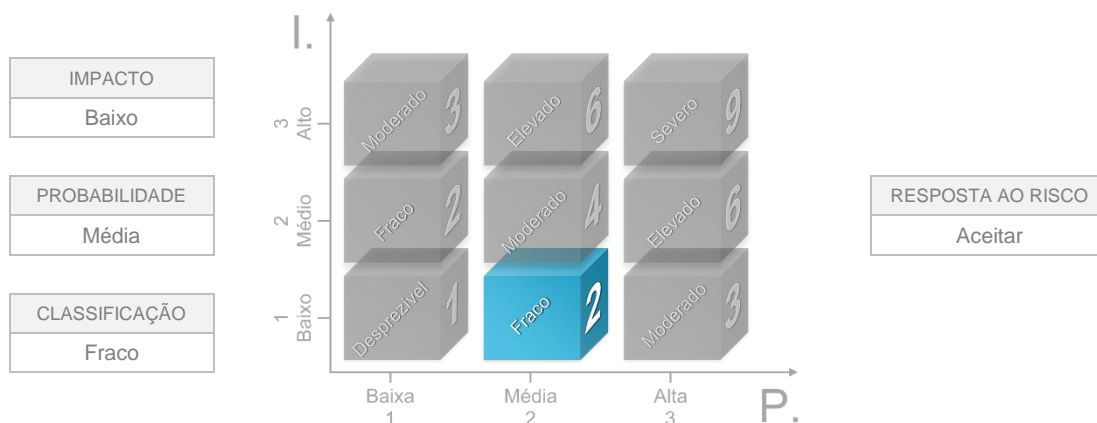
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Acordo de plano de <i>backups</i>
B			Outra	<i>Logs</i> dos <i>backups</i> realizados
C			Outra	<i>Logs</i> dos <i>backups</i> realizados

Atividade 3

Objetivo 3.1

Risco 3.1.2

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 3.1.2.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

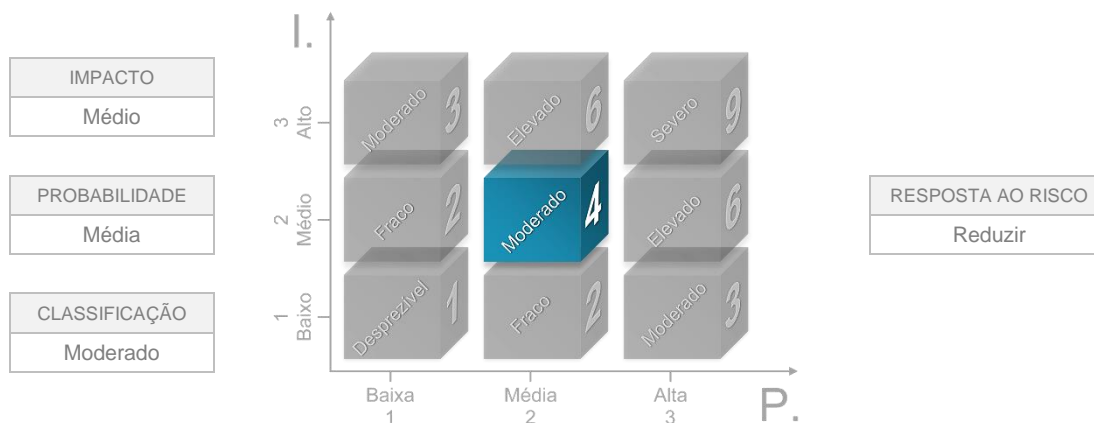
Atividade 3

Objetivo 3.1

Risco 3.1.3.

DESCRIÇÃO	Plano de continuidade (BCP) não adequado à realidade e às necessidades no momento da sua aplicação
CAUSAS POSSÍVEIS	Plano desatualizado face às mudanças existentes desde a sua primeira versão; plano não adequado à realidade

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 3.1.3.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

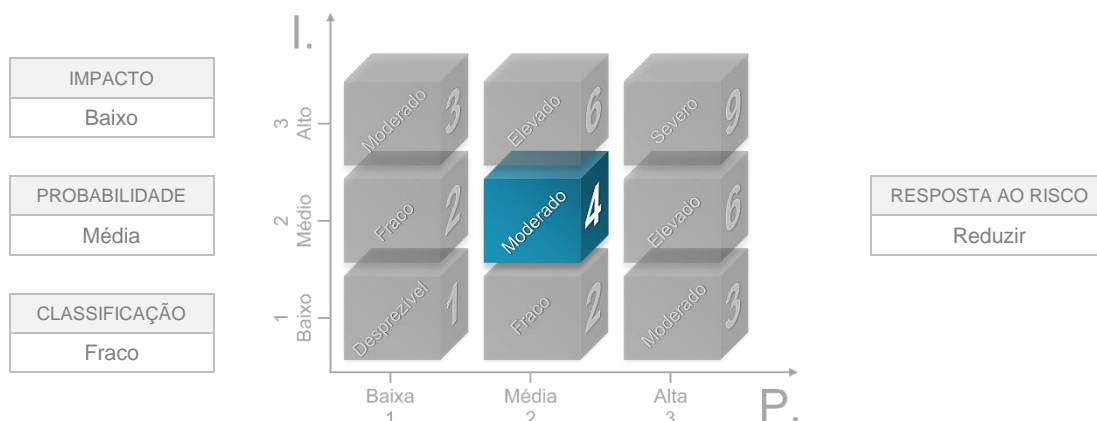
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 3

Objetivo 3.1

Risco 3.1.3

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 3.1.3.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Criação de equipa multidisciplinar para criação, manutenção e aprovação do BCP da ULSNA	Preventivo
B	Testar, rever e melhorar o plano de continuidade periodicamente	Preventivo
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

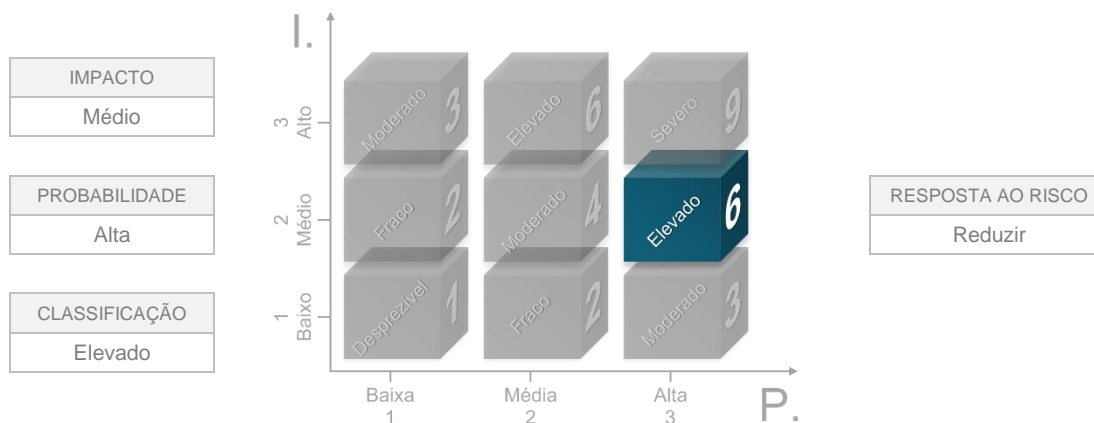
Atividade 3

Objetivo 3.1

Risco 3.1.4.

DESCRIÇÃO	Falhas na aplicação do plano de continuidade
CAUSAS POSSÍVEIS	Desconhecimento do BCP por parte dos intervenientes

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 3.1.4.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

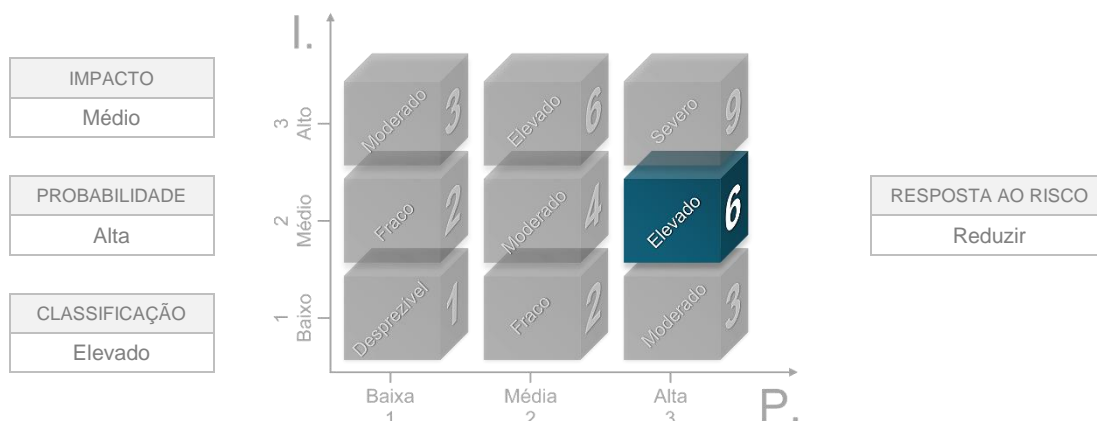
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 3

Objetivo 3.1

Risco 3.1.4

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 3.1.4.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Proporcionar formação e divulgação do BCP	Preventivo
B	Envolver os principais intervenientes na elaboração do BCP	Preventivo
C		

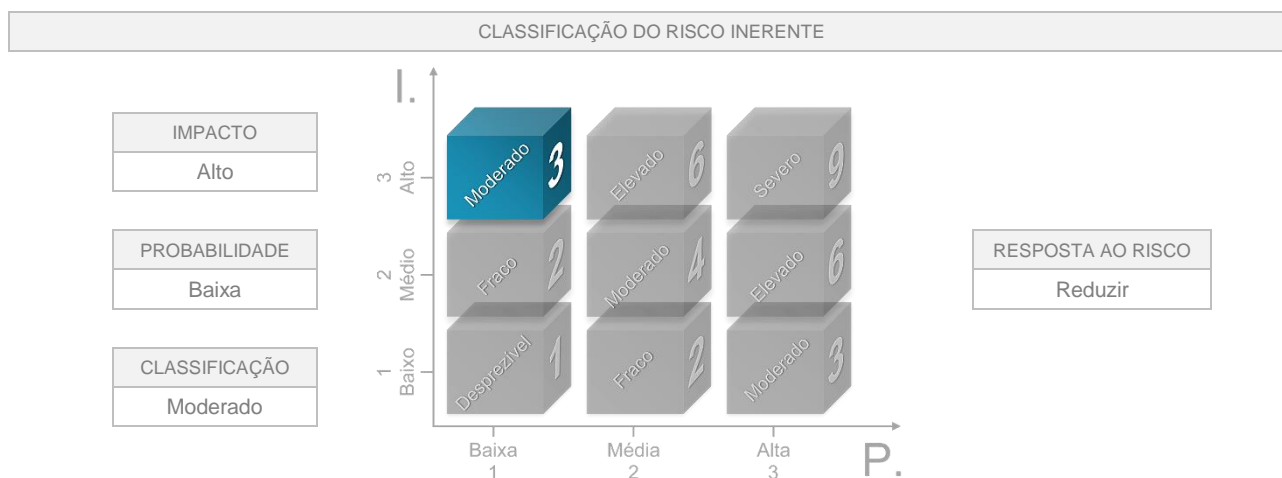
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 4. “DESENVOLVIMENTO APLICACIONAL”
Objetivo 4.1.

DESCRIÇÃO	Desenvolver soluções tecnológicas que vão ao encontro de uma ou várias necessidades da ULS com o objetivo de tornar os processos mais ágeis, seguros e fiáveis
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	Grau de satisfação dos utilizadores dos SI desenvolvidos internamente
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 4.1.1.

DESCRIÇÃO	Incompatibilidade dos sistemas desenvolvidos com outros sistemas de informação ou com as configurações definidas para os P.T.
CAUSAS POSSÍVEIS	Escolha de tecnologia desadequada


Controlos 4.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Estabelecer especificações de alto nível (arquitetura, tecnologia, requisitos não funcionais) para o desenvolvimento interno	Preventivo
B	Manter as especificações de alto nível atualizadas e adequadas à inovação tecnológica (ainda não implementado)	Preventivo
C		

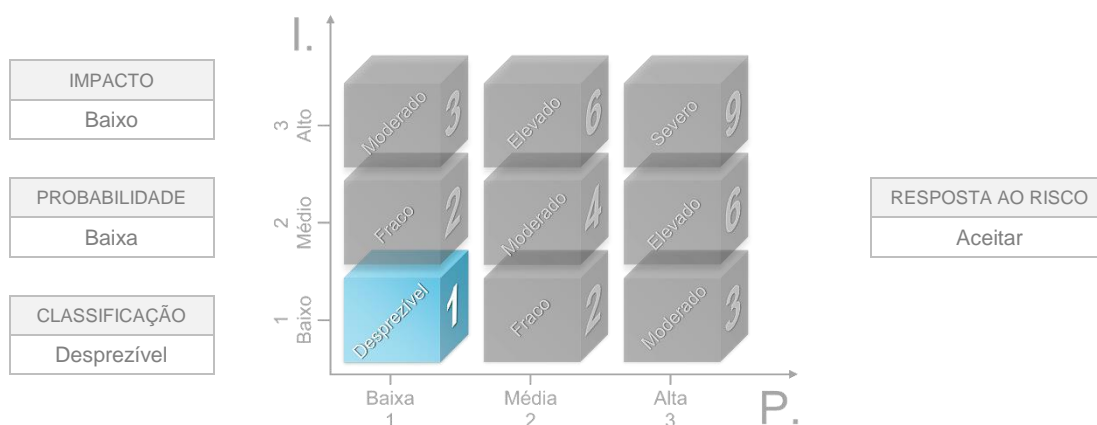
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Documento de especificações de alto nível para desenvolvimento interno
B			Outra	
C				

Atividade 4

Objetivo 4.1

Risco 4.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 4.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

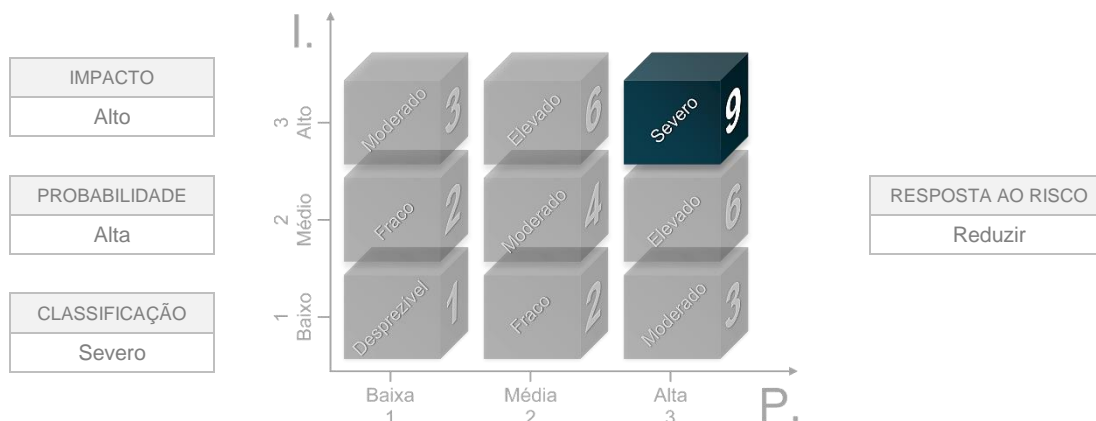
Atividade 4

Objetivo 4.1

Risco 4.1.2.

DESCRIÇÃO	Sistema desenvolvido não responder às reais necessidades do negócio
CAUSAS POSSÍVEIS	Incorreta especificação, alteração de processos ao longo do período de desenvolvimento, processos mal definidos

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 4.1.2.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Identificar os <i>key users</i> e envolver os mesmos nas especificações do sistema	Preventivo
B	Especificar todos os requisitos funcionais e não-funcionais do sistema	Preventivo
C	Efetuar um levantamento exaustivo de todos os componentes do sistema a desenvolver, esquematizando os mesmos (UML)	Preventivo

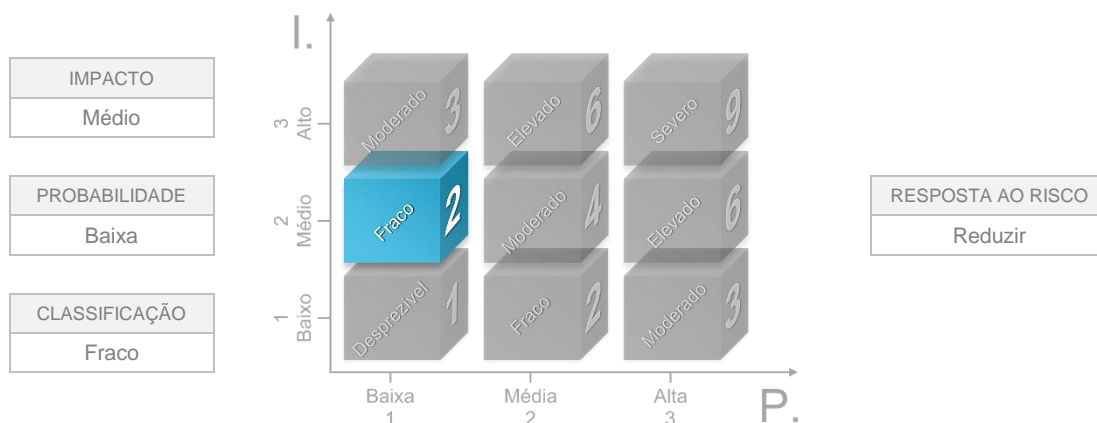
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Reuniões com os <i>key users</i> identificados (documentação da reunião)
B			Outra	Documento de especificação do sistema
C			Outra	Documento de especificação do sistema

Atividade 4

Objetivo 4.1

Risco 4.1.2

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 4.1.2.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Levar os requisitos propostos a aprovação dos requerentes/interessados	Preventivo
B	Promover reuniões de acompanhamento do desenvolvimento do sistema	Preventivo
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

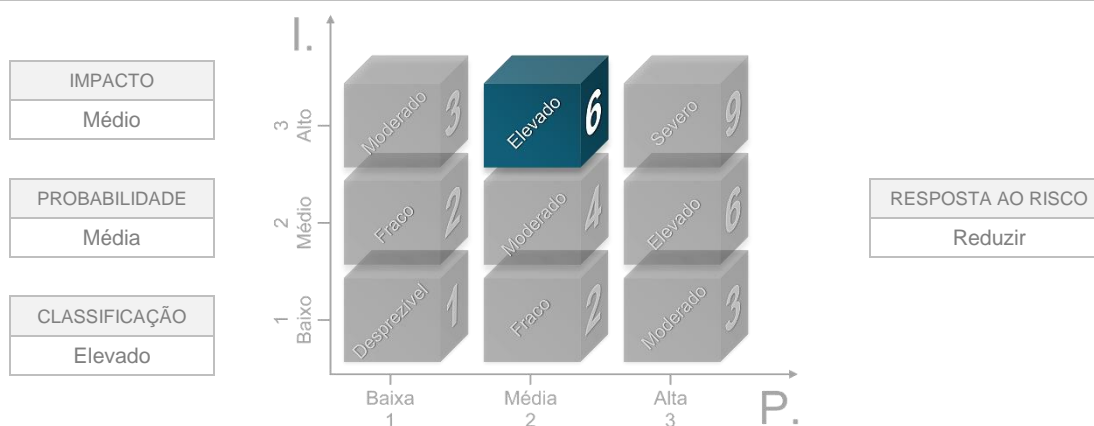
Atividade 4

Objetivo 4.1

Risco 4.1.3.

DESCRIÇÃO	O sistema desenvolvido não produz o resultado esperado, ocorrendo erros ou operações não terminadas
CAUSAS POSSÍVEIS	Bugs no desenvolvimento do sistema

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 4.1.3.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Criar um ambiente de pré-produção	Preventivo
B	Elaborar um plano de testes exaustivo antes do sistema entrar em produção	Preventivo
C	Envolver <i>key users</i> na realização dos testes em ambiente de pré-produção	Preventivo

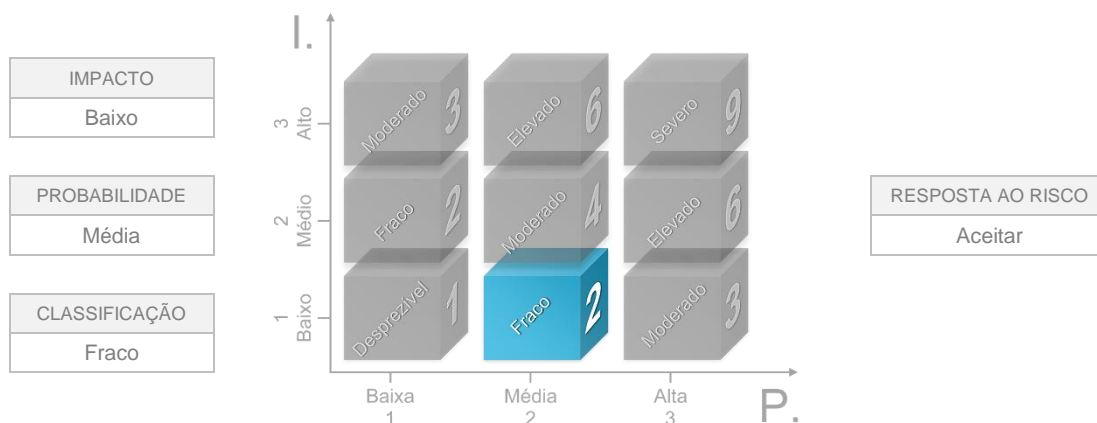
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Existência do ambiente de pré-produção
B			Outra	Plano de testes
C			Outra	Reporte de necessidades ou inconformidades por parte dos <i>key users</i>

Atividade 4

Objetivo 4.1

Risco 4.1.3

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 4.1.3.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

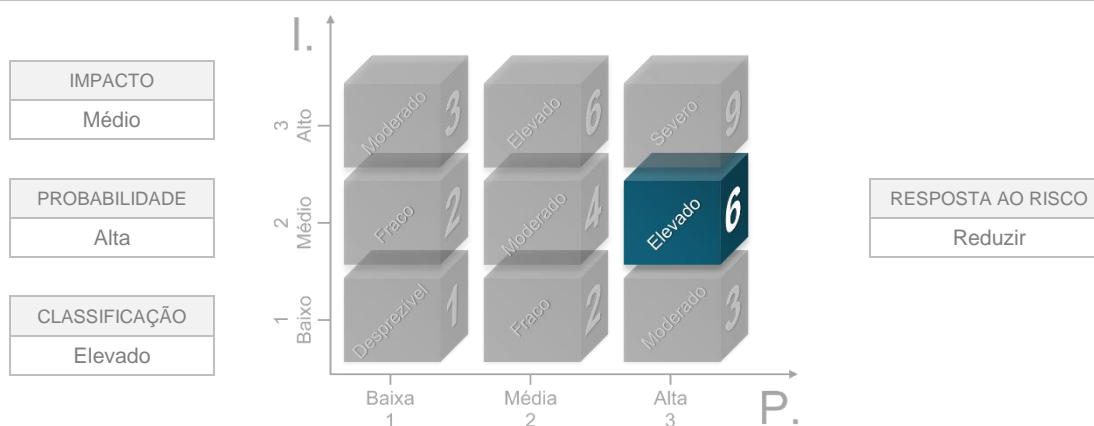
Atividade 4

Objetivo 4.1

Risco 4.1.4.

DESCRIÇÃO	Sistema com degradação na performance ao longo do tempo ou falta de resposta em pedidos de suporte
CAUSAS POSSÍVEIS	Falta de manutenção, falta de formação para a equipa de TI

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE



Controlos 4.1.4.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Elaborar um plano de manutenção preventivo a todos os componentes do sistema (hardware e software)	Preventivo
B	Realizar sessões de formação específica para pessoal TI sobre o funcionamento e manutenção do novo sistema	Preventivo
C	Elaborar documentação técnica sobre o novo sistema	Preventivo

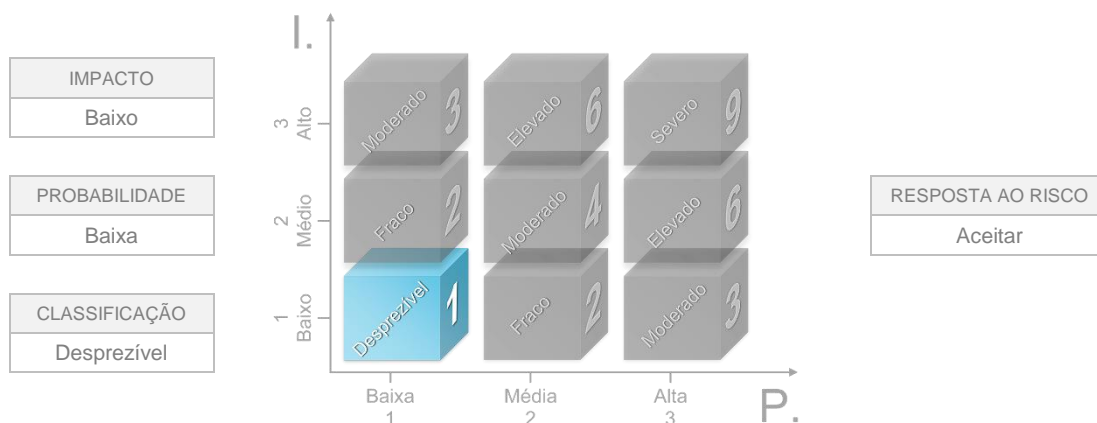
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Plano de manutenção preventivo do sistema
B			Outra	Documentação técnica do novo sistema
C			Outra	Documentação técnica do novo sistema

Atividade 4

Objetivo 4.1

Risco 4.1.4

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 4.1.4.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

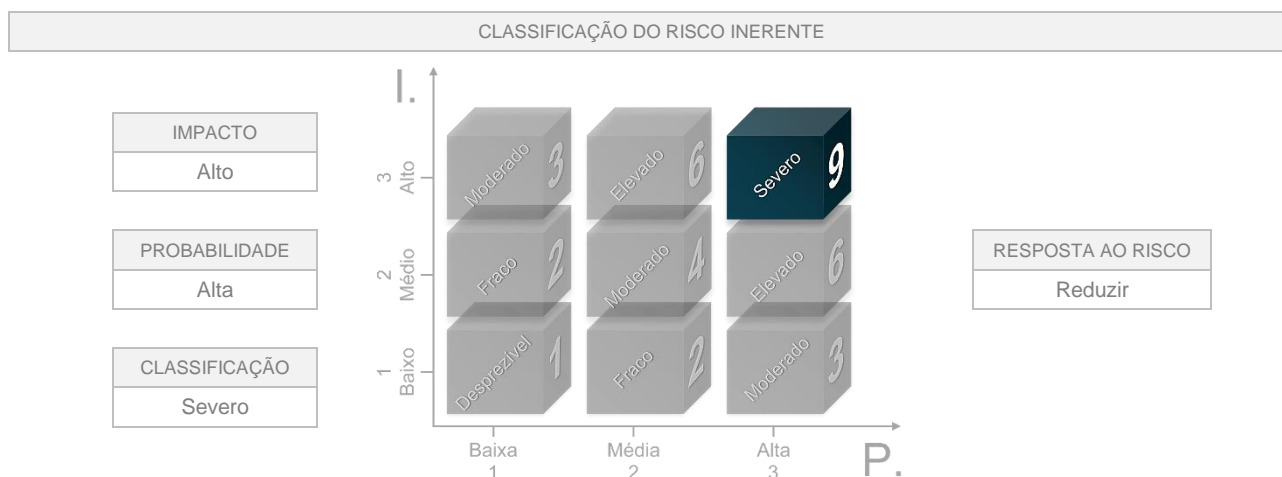
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 5. “GESTÃO DA SEGURANÇA”
Objetivo 5.1.

DESCRIÇÃO	Manter o impacto e ocorrências dos incidentes de segurança da informação dentro dos níveis de risco aceitáveis para a ULSNA
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	N.º de incidentes de segurança com impacto para a instituição
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 5.1.1.

DESCRIÇÃO	Adoção de comportamentos, meios ou ferramentas que possam comprometer o risco da informação da ULSNA
CAUSAS POSSÍVEIS	Desconhecimento, erro, dolo ou negligência


Controlos 5.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Criação de uma política de segurança da informação	Preventivo
B	Divulgar e formar os utilizadores sobre a política de segurança da informação	Preventivo
C		

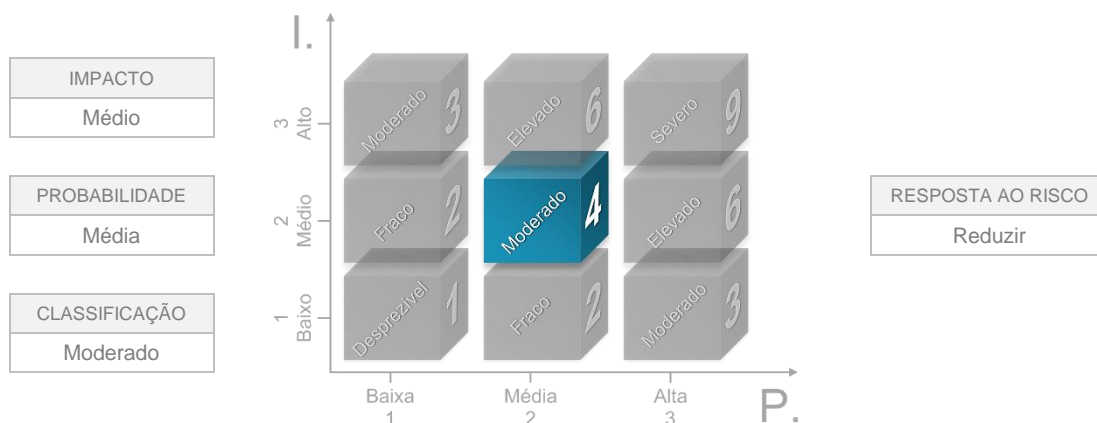
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Documento da política de segurança da informação
B			Outra	Publicação do documento na intranet
C				

Atividade 5

Objetivo 5.1

Risco 5.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 5.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Detetar e monitorizar as infrações à política de segurança da informação	Detetivo
B	Partilhar a responsabilidade sobre a manutenção da segurança da informação	Preventivo
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

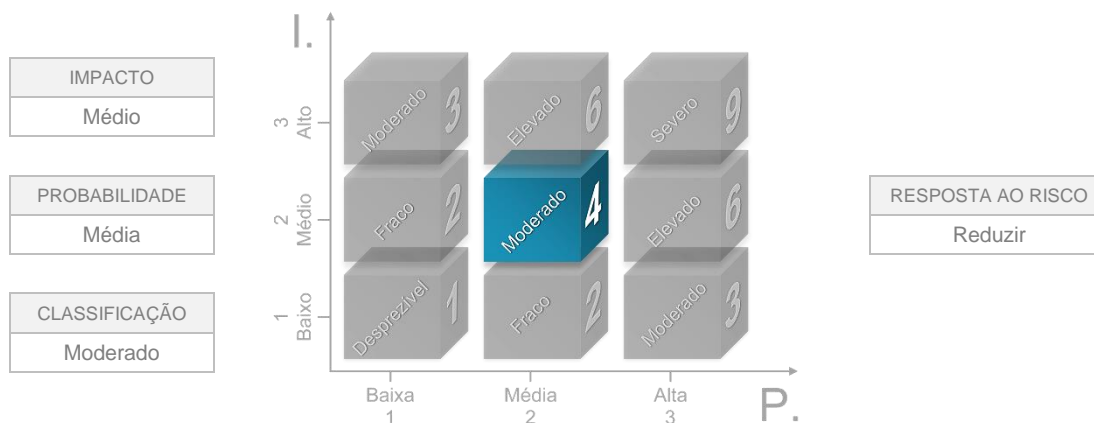
Atividade 5

Objetivo 5.1

Risco 5.1.2.

DESCRIÇÃO	Repetição de falhas de segurança
CAUSAS POSSÍVEIS	Falhas detetadas e não corrigidas

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 5.1.2.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

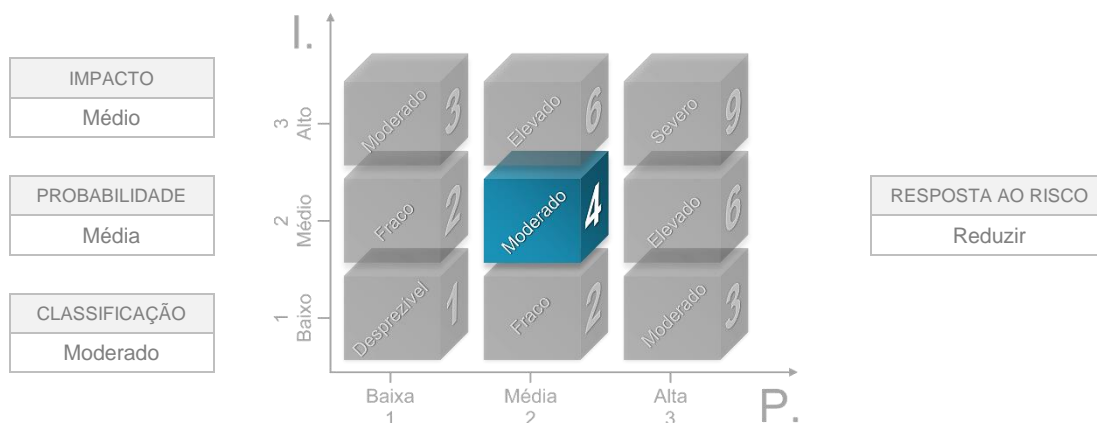
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 5

Objetivo 5.1

Risco 5.1.2

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 5.1.2.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Criar um plano de tratamento de falhas de segurança	Preventivo
B	Auditar as falhas de segurança detetadas e corrigidas	Detetivo
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

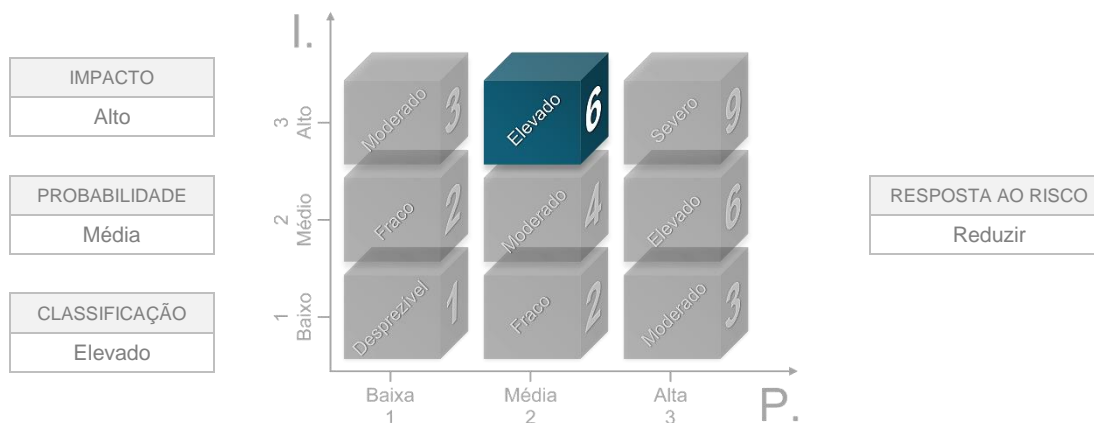
Atividade 5

Objetivo 5.1

Risco 5.1.3.

DESCRIÇÃO	Deteção de falhas de segurança não previstas
CAUSAS POSSÍVEIS	Criação de novas ameaças à segurança da informação

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 5.1.3.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Revisão periódica ao plano de segurança da informação	Preventivo
B		
C		

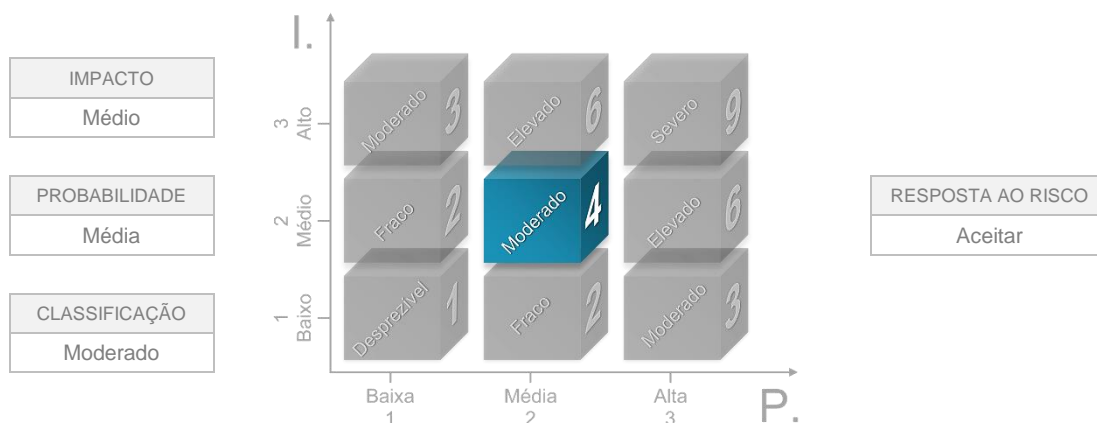
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Anual	Controlo de versões do plano de segurança da informação
B				
C				

Atividade 5

Objetivo 5.1

Risco 5.1.3

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 5.1.3.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

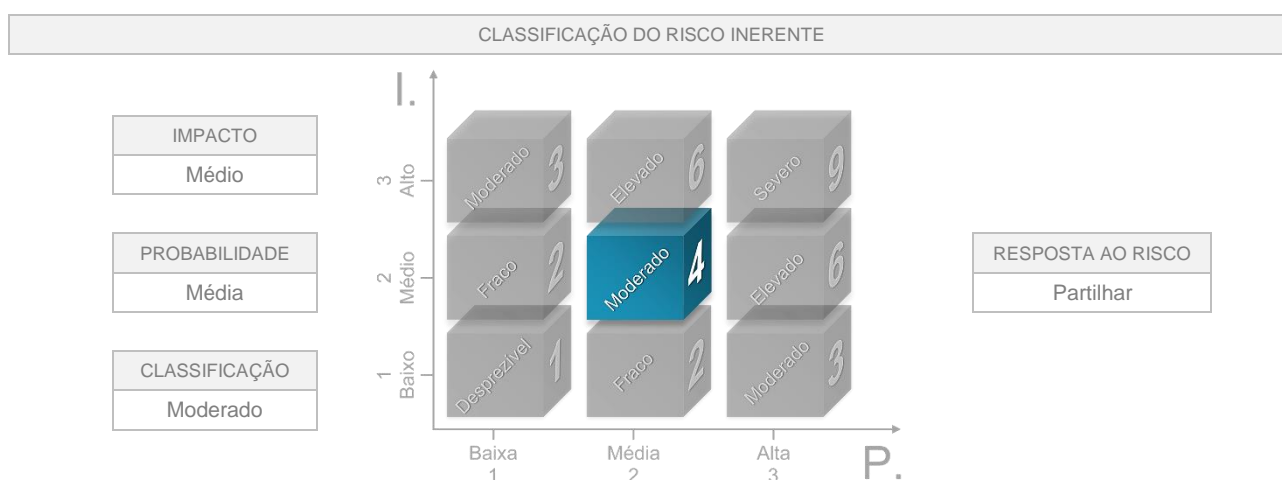
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Atividade 6. “GESTÃO DE PROJETOS”
Objetivo 6.1.

DESCRIÇÃO	Iniciar, planificar, controlar e executar/acompanhar projetos, fechando-os posteriormente com uma avaliação após implementação (ciclo PDCA)
INDICADOR DE CUMPRIMENTO	% de projetos implementados com sucesso
TIPO DE OBJETIVO	<input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade

Risco 6.1.1.

DESCRIÇÃO	Acesso indevido e/ou roubo de informação confidencial
CAUSAS POSSÍVEIS	Acesso não restringido a informação confidencial/fundamental para a correta implementação do projeto


Controlos 6.1.1.1 – Medidas de Controlo Implementadas

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Declaração de sigilo e confidencialidade para qualquer entidade externa que participe em projetos com a ULSNA	Preventivo
B	Restringir o acesso físico ao <i>datacenter</i> a pessoal não autorizado	Preventivo
C		

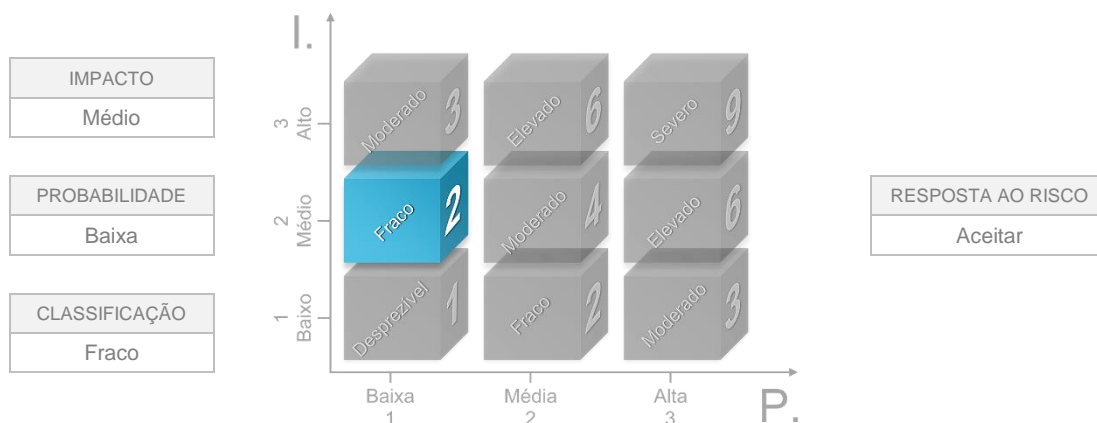
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Declaração de sigilo devidamente assinada
B			Outra	Registo de controlo de acessos ao <i>datacenter</i>
C				

Atividade 6

Objetivo 6.1

Risco 6.1.1

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 6.1.1.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

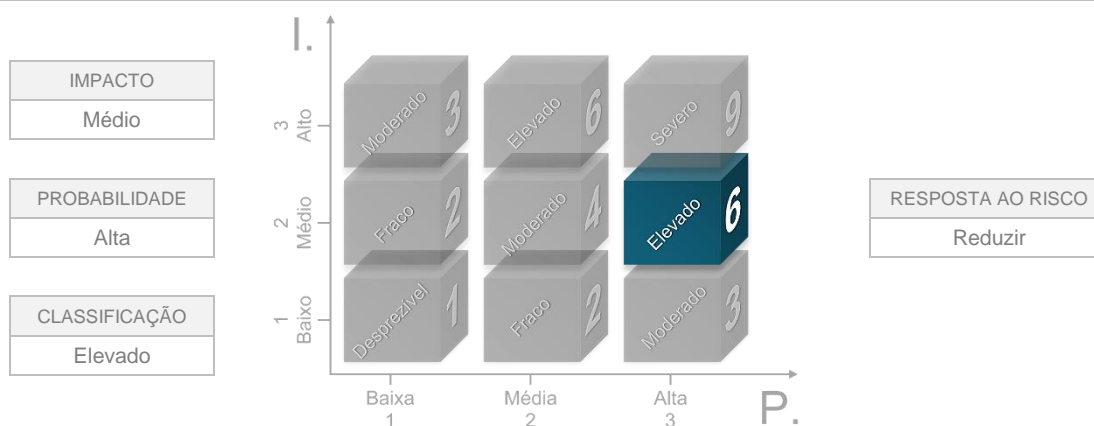
Atividade 6

Objetivo 6.1

Risco 6.1.2.

DESCRIÇÃO	Penalizações por incumprimento de prazos de implementação
CAUSAS POSSÍVEIS	Planeamento não adequado; incorreta alocação de recursos ao projeto

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 6.1.2.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Definição das tarefas base do projeto e respetiva organização temporal das mesmas	Orientativo
B	Identificar as tarefas chave para o sucesso do projeto	Orientativo
C	Identificar responsáveis pela execução de cada tarefa do projeto	Orientativo

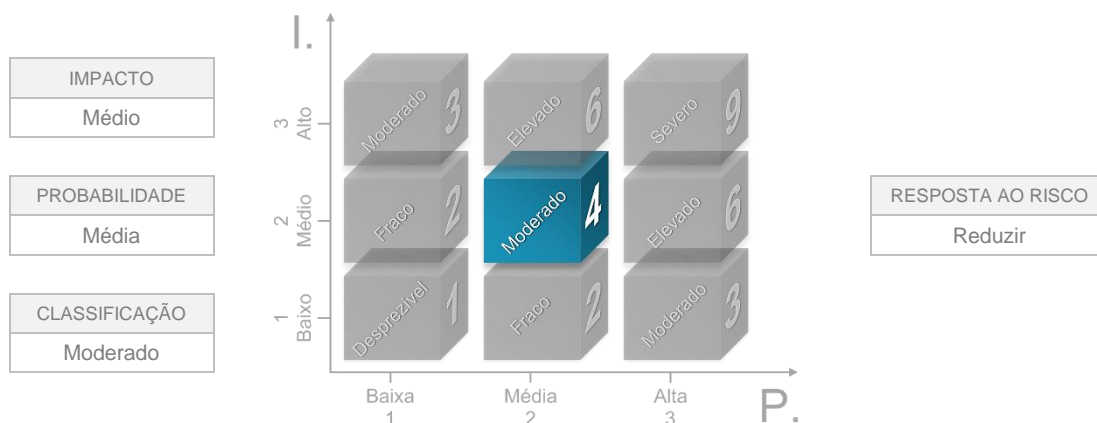
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Cronograma de projeto
B			Outra	Cronograma de projeto
C			Outra	Cronograma de projeto

Atividade 6

Objetivo 6.1

Risco 6.1.2

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 6.1.2.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Definir penalizações por atrasos em caderno de encargos	Compensatório
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

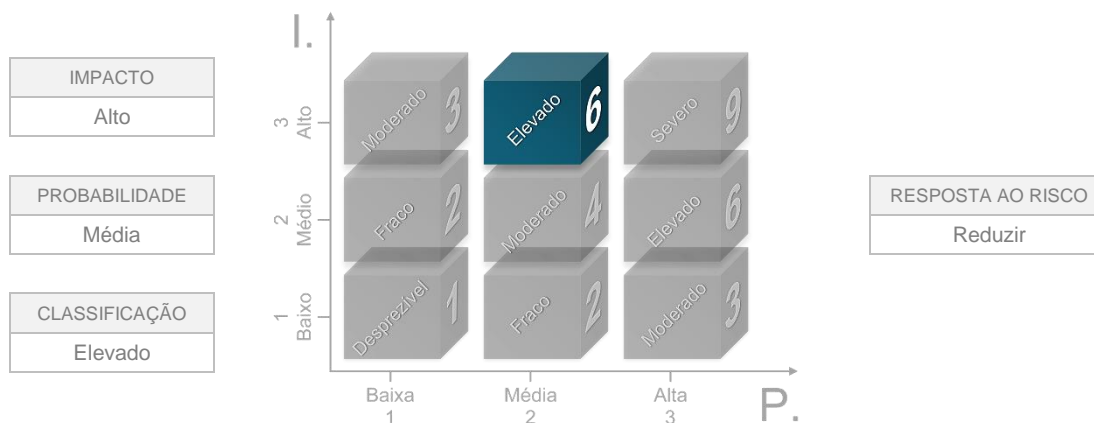
Atividade 6

Objetivo 6.1

Risco 6.1.3.

DESCRIÇÃO	Impacto negativo na qualidade do serviço com a implementação de um novo projeto
CAUSAS POSSÍVEIS	Utilizadores não preparados, resistência à mudança

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 6.1.3.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Envolver os utilizadores no desenvolvimento/implementação dos projetos, mantendo-os informados	Preventivo
B	Realizar sessões de formação e/ou esclarecimentos	Preventivo
C	Demonstrar melhorias com a introdução pretendida com o projeto	Preventivo

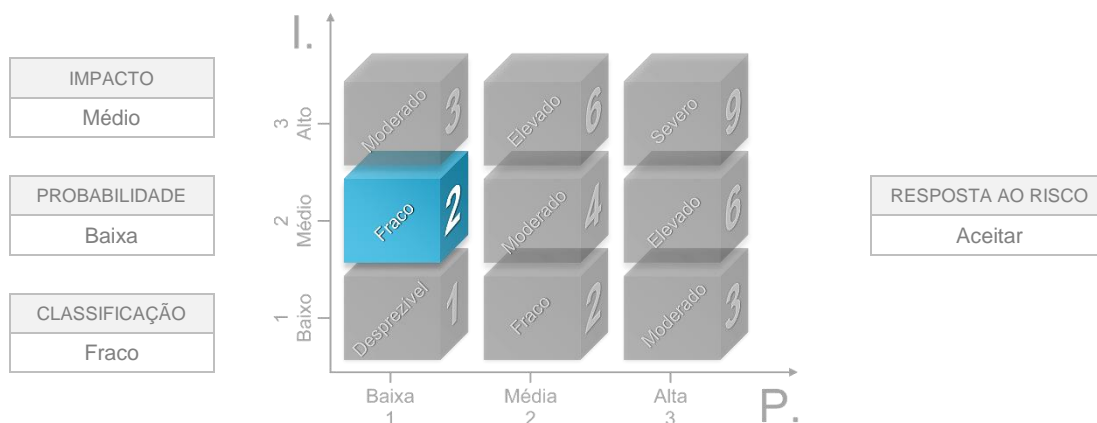
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Feedback reportado pelos envolvidos
B			Outra	Folha de presença e convocatória das sessões de formação
C			Outra	Informação disponibilizada nas sessões de formação

Atividade 6

Objetivo 6.1

Risco 6.1.3

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 6.1.3.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

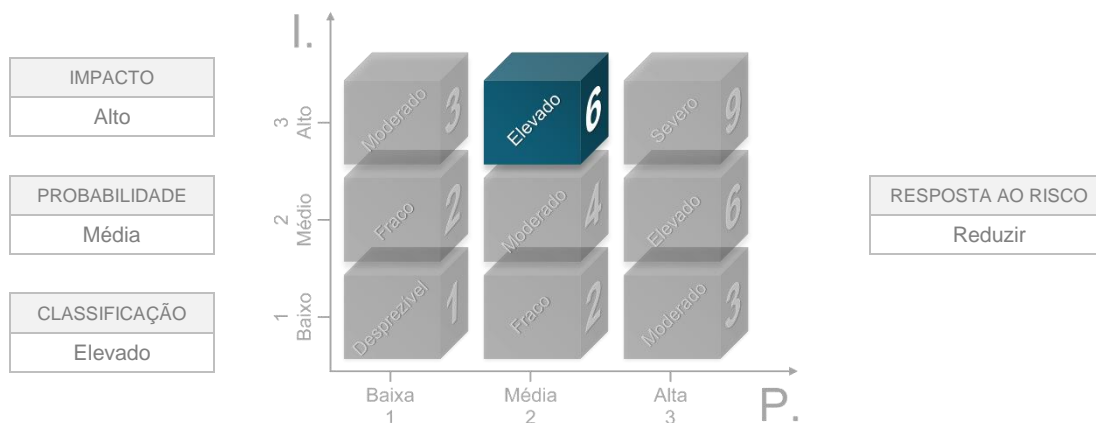
Atividade 6

Objetivo 6.1

Risco 6.1.4.

DESCRIÇÃO	Utentes lesados devido a falhas no processo de implementação do projeto
CAUSAS POSSÍVEIS	Falhas ou situações não previstas durante a implementação do projeto

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INERENTE

**Controlos 6.1.4.1 – Medidas de Controlo Implementadas**

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A	Mudança faseada e controlada	Preventivo
B	Definição prévia de mecanismos alternativos ou planos de <i>roll back</i>	Preventivo
C		

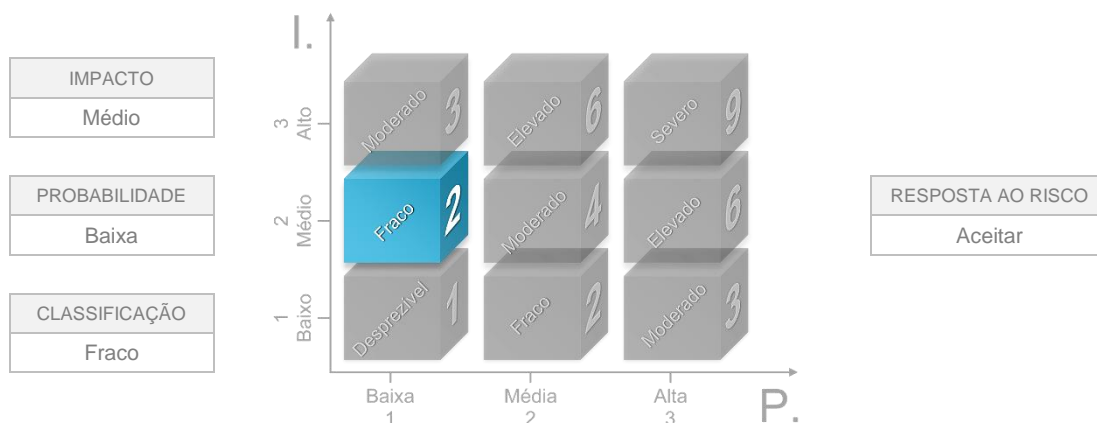
	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A			Outra	Planeamento de implementação do projeto
B			Outra	Planeamento de implementação do projeto
C				

Atividade 6

Objetivo 6.1

Risco 6.1.4

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO RESIDUAL



Controlos 6.1.4.2 – Medidas de Controlo a Implementar

	DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE CONTROLO	TIPO DE CONTROLO
A		
B		
C		

	INÍCIO	REVISÃO	PERIODICIDADE DE EXECUÇÃO	INDICADOR DE EFICÁCIA
A				
B				
C				

Apêndice II – Sessão de esclarecimento sobre o PPRG realizada na ULSNA, EPE

Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas)

Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

Plano da sessão:

- I. Legislação e regulamentação aplicável;
- II. Estrutura do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão;
- III. O COSO;
- IV. Conceitos fundamentais;
- V. A metodologia de gestão de risco do COSO;
- VI. Alguns benefícios da gestão de riscos;
- VII. Colocação de questões.

Objetivos da sessão:

- I. Divulgar as Recomendações emanadas pelo Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) e outros normativos, em matéria de gestão de riscos;
- II. Apresentar a metodologia do COSO e respetiva instrumentalização, suportada nas matrizes de gestão de risco;
- III. Dotar os Serviços de conhecimento sobre a estrutura, navegação e preenchimento das matrizes de gestão de risco disponibilizadas na plataforma informática.

Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

I. Legislação e regulamentação aplicável:

1. Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro:

Cria o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), entidade administrativa independente, a funcionar junto do Tribunal de Contas, que desenvolve uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

2. Recomendação do CPC n.º 1/2009, de 1 de Julho:

Vincula os órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, a elaborar Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

3. Recomendação do CPC n.º 1/2010, de 7 de Abril:

Estabelece a obrigatoriedade de tais planos serem publicitados no sítio da internet das entidades.

Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

I. Legislação e regulamentação aplicável:

4. Recomendação do CPC n.º 5/2012, de 7 de Novembro:

1. *As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais;*
2. *A fim de facilitar o cumprimento desta Recomendação, é aprovado o texto de referência em anexo sob o título Conflitos de Interesses no Setor Público, que desta faz parte integrante;*
3. *Todas as entidades destinatárias da presente Recomendação devem incluir nos seus relatórios sobre a execução dos planos de prevenção de riscos uma referência sobre a gestão de conflitos de interesses.*

I. Legislação e regulamentação aplicável:

5. Regime Jurídico do Sector Público Empresarial (DL 133/2013, de 3 de Outubro, alterado pela Lei n.º 75-A/2014, de 30 de Setembro):

Reforça o desiderato das Recomendações anteriores, alertando para o dever de cumprir a legislação e a regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção, devendo-se elaborar anualmente um relatório identificativo das ocorrências, ou risco de ocorrências, de factos mencionados na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, que deverá, igualmente, ser publicitado no sítio da Internet das entidades.

I. Legislação e regulamentação aplicável:

6. Recomendação do CPC n.º 1/2015, de 7 de Janeiro:

1. *Reforçar a atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, quanto à sua formação e execução, devendo, em especial, fundamentar-se sempre a escolha do adjudicatário;*
2. *Incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada para a elaboração e aplicação das peças procedimentais respetivas, em especial, do convite a contratar, do programa do concurso e do caderno de encargos;*
3. *Garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública, nomeadamente através da publicidade em plataformas eletrónicas, nos termos legais;*

I. Legislação e regulamentação aplicável:

6. Recomendação do CPC n.º 1/2015, de 7 de Janeiro (cont.):

4. *Assegurar o funcionamento dos mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses na contratação pública;*
5. *Reduzir o recurso ao ajuste direto, devendo quando observado, ser objeto de especial fundamentação e ser fomentada a concorrência através da consulta a mais de um concorrente;*
6. *Solicitar aos órgãos de fiscalização, controlo e inspeção do Setor Público nas suas ações, especial atenção à matéria objeto desta Recomendação.*

I. Legislação e regulamentação aplicável:

7. Recomendação do CPC n.º 3/2015, de 1 de Julho:

1. *Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas [...] devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas;*
2. *Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, mesmo quando decorram de processos eletivos;*
3. *Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais, os quais poderão constituir um capítulo próprio dos relatórios de atividade das entidades a que respeitam;*

I. Legislação e regulamentação aplicável:

7. Recomendação do CPC n.º 3/2015, de 1 de Julho (continuação):

4. *As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos;*
5. *Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública;*
6. *O CPC reitera o pedido ao Tribunal de Contas e a todos os organismos de controlo interno do Setor Público, para que, nas suas ações, verifiquem se as entidades sob o seu controlo dispõem e aplicam de modo efetivo os seus Planos de Prevenção de Riscos, incluindo a verificação sobre a elaboração dos correspondentes relatórios anuais de execução.*

II. Estrutura do PPRG:

1. Guião do CPC para elaboração dos PPRCIC, de Janeiro de 2015:

1. Atribuições da entidade, organograma e identificação dos responsáveis:

Caracterização genérica das atribuições da entidade (a razão da sua existência) e da estrutura orgânica que apresenta, com identificação dos responsáveis;

2. Identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas:

Tendo em conta as funções da entidade, devem ser identificados e caracterizados por unidade orgânica os respetivos potenciais riscos de corrupção e infrações conexas [...];

II. Estrutura do PPRG:

1. Guião do CPC para elaboração dos PPRCIC, de Janeiro de 2015 (cont.):

3. Medidas preventivas dos riscos:

Identificados os riscos, devem ser indicadas as medidas que previnam a sua ocorrência [...]. Neste âmbito podem ser consideradas as orientações técnicas de gestão de risco da FERMA, do COSO, bem como de outros organismos cujas indicações possam ser consideradas de utilidade.

4. Estratégias de aferição da efetividade, utilidade, eficácia e eventual correção das medidas propostas:

Os PPRCIC são instrumentos de gestão dinâmicos, pelo que devem ser acompanhados na sua execução, elaborando-se, pelo menos anualmente, um relatório de execução e refletindo-se sobre a necessidade da sua atualização.

II. Estrutura do PPRG:

1. Guião do CPC para elaboração dos PPRCIC, de Janeiro de 2015 (cont.):

Observação:

Os Planos de Prevenção de Riscos são, em primeira linha, da responsabilidade dos órgãos máximos das entidades. No entanto, os dirigentes de cada unidade orgânica devem ser responsabilizados pelas propostas de planos dos seus departamentos e pela sua execução efetiva.

II. Estrutura do PPRG:

2. Guia de aplicação da metodologia de gestão de riscos do COSO, da autoria da ACSS, de Fevereiro de 2007:

- a) *Estabelecer e divulgar de forma sistemática, simples e coerente as melhores práticas de gestão de risco;*
- b) *Permitir aos Conselhos de Administração das entidades do SNS a implementação de um sistema de gestão de risco que facilite a concretização dos objetivos definidos para a entidade e pelo qual se:*
 - *Identificam os objetivos que se pretendem atingir;*
 - *Identificam os eventos que poderão comprometer a concretização dos objetivos;*
 - *Avaliam os eventos em termos de probabilidade de ocorrência e impacto;*
 - *Estabelecem a forma de como os riscos deverão ser geridos (respostas aos riscos);*
 - *Definem as políticas e procedimentos que deverão ser instituídos de forma a gerir os riscos ou mitigar o seu efeito.*

III. O COSO:

O COSO, acrónimo para Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, é uma entidade privada, sem fins lucrativos, fundada em 1985, nos Estados Unidos da América, com o objetivo inicial de identificar os fatores que estiveram por detrás das fraudes ocorridas nas demonstrações financeiras de algumas organizações.

Inicialmente o foco da intervenção desta entidade foi, sobretudo, a criação de uma estrutura-modelo para desenvolvimento, implementação e condução do controlo interno nas organizações, sendo que, posteriormente, veio a desenvolver o seu trabalho em torno da gestão de riscos.

Dos dois documentos de maior relevo emanados por esta entidade, as metodologias de implementação do controlo interno e de gestão de riscos, respetivamente, resultam um conjunto de conceitos que importa elucidar.

IV. Conceitos fundamentais:

Definição de Controlo Interno:

Processo desenvolvido pela Administração, Gestão e outros colaboradores, desenhado para permitir uma segurança razoável na realização de objetivos relacionados com a eficácia e eficiência das operações, fiabilidade do reporte financeiro e conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis.

Definição de Risco:

O risco pode ser entendido como a possibilidade da ocorrência de um evento que afete negativamente o cumprimento dos objetivos.

Definição de Gestão de Riscos:

Processo conduzido pela Administração, Gestão e outros colaboradores, aplicado no estabelecimento de uma estratégia transversal a toda a estrutura organizacional, desenhado para identificar potenciais eventos que possam afetar a entidade e manter o risco dentro do nível tolerado, de forma a providenciar uma segurança razoável no cumprimento dos objetivos organizacionais.

V. A metodologia de gestão de riscos do COSO:



Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

Ambiente Interno:

Determina a forma como o risco, o respetivo grau de tolerância e o sistema de controlo interno são percecionados pela entidade, constituindo a base para todos os outros componentes da gestão de riscos.

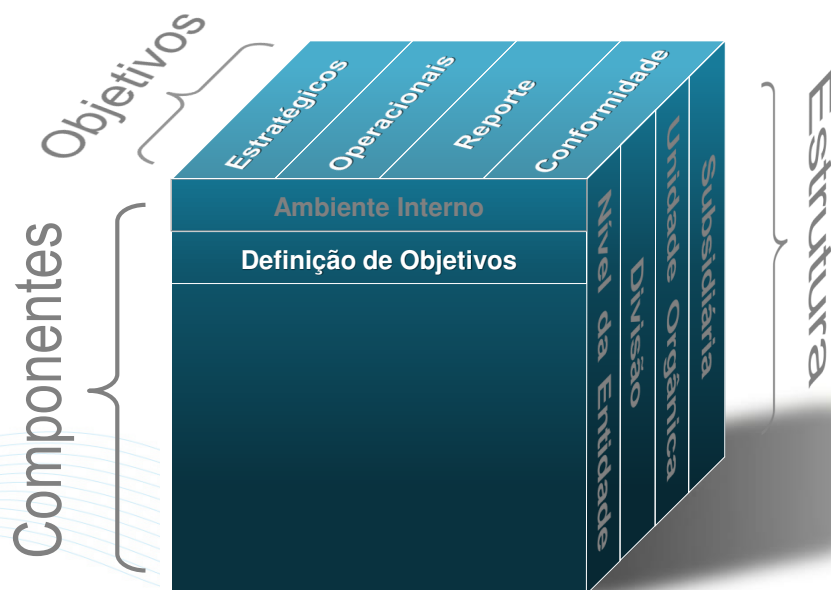
Influencia a forma como:

- A estratégia e os objetivos são definidos;
- As atividades são estruturadas, desenhadas e realizadas;
- Os riscos são identificados, avaliados e geridos;
- Os sistemas de informação e comunicação são desenhados e funcionam;
- As atividades de monitorização são desenhadas e realizadas.

Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

V. A metodologia de gestão de riscos do COSO:



Definição de Objetivos:

A definição de objetivos constitui pré-condição à identificação, avaliação e resposta adequada aos riscos.

Tipologia de objetivos:


Estratégicos: Objetivos de alto nível alinhados com a missão e visão;

Operacionais: Objetivos relacionados com a eficácia e eficiência das operações, que constituem uma referência na alocação dos recursos;

Reporte: Objetivos relacionados com a preparação de reportes externos ou internos, contendo informação fiável, de natureza financeira ou não financeira;

Conformidade: Objetivos relacionados com o cumprimento de regulamentação e legislação às quais a Instituição se encontra sujeita.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO			
OBJETIVO I			
Responsável pelo cumprimento do objetivo:		Categoria/Função:	
Descrição:		Indicador de cumprimento:	
		Tipo de objetivo:	
		<input type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade	
RISCO I			
Descrição:		Causas possíveis:	
Classificação do RISCO INERENTE:			
Impacto:	Probabilidade:	Classificação:	Resposta ao risco:
# Descrição das medidas de controlo implementadas:			Tipo de controlo:
a1			
a2			
a3			
# Início em: Revisto em: Execução do controlo: Indicador da eficácia do controlo:			
a1			
a2			
a3			
Classificação do RISCO RESIDUAL:			
Impacto:	Probabilidade:	Classificação:	Resposta ao risco:
# Descrição das medidas de controlo a implementar:			Tipo de controlo:
b1			
b2			
b3			
# A iniciar em: A rever em: Execução do controlo: Indicador da eficácia do controlo:			
b1			
b2			
b3			




UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE

Mais Saúde e Qualidade de Vida.

Plano de Prevenção de Riscos de Gestão
(incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas)

V. A metodologia de gestão de riscos do COSO:



Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

Identificação dos Riscos:

Os eventos de origem interna e externa que, caso ocorram, possam comprometer, negativamente, a implementação da estratégia e a concretização dos objetivos, devem ser identificados, de forma contínua e interativa.

A eficácia da gestão de riscos depende, em larga medida, da capacidade de se desenvolver, continuamente, o processo da sua identificação, nomeadamente, através de atualizações periódicas aquando da deteção de novos riscos.

De um modo geral, a identificação dos riscos constitui uma fase crucial, pelo facto de formar a base da avaliação de riscos e assegurar que a estes seja atribuída uma resposta adequada.

Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

DESCRIÇÃO DO PROCESSO				
OBJETIVO I				
Responsável pelo cumprimento do objetivo:		Categoria/Função:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Descrição:		Indicador de cumprimento:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
		Tipo de objetivo:		
		<input type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade		
RISCO I				
Descrição:		Causas possíveis:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Classificação do RISCO INERENTE :				
Impacto:	<input type="text"/>	Probabilidade:	<input type="text"/>	Classificação:
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	Resposta ao risco:
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
# Descrição das medidas de controlo implementadas:				Tipo de controlo:
a1	<input type="text"/>			<input type="text"/>
a2	<input type="text"/>			<input type="text"/>
a3	<input type="text"/>			<input type="text"/>
# Iniciado em:		# Revisto em:		# Execução do controlo:
a1		a1		a1
a2		a2		a2
a3		a3		a3
Classificação do RISCO RESIDUAL :				
Impacto:	<input type="text"/>	Probabilidade:	<input type="text"/>	Classificação:
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	Resposta ao risco:
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
# Descrição das medidas de controlo a implementar:				Tipo de controlo:
b1	<input type="text"/>			<input type="text"/>
b2	<input type="text"/>			<input type="text"/>
b3	<input type="text"/>			<input type="text"/>
# A iniciar em:		# A rever em:		# Execução do controlo:
b1		b1		b1
b2		b2		b2
b3		b3		b3

V. A metodologia de gestão de riscos do COSO:



Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

Avaliação dos Riscos:

Os riscos identificados são avaliados de acordo com a sua probabilidade de ocorrência e impacto previsto, sendo a primeira representativa da possibilidade de determinado evento ocorrer ou da respetiva frequência de ocorrência e a segunda representativa do seu efeito.

Para que se possa concluir sobre a classificação dos riscos identificados, aquelas variáveis devem ser qualificadas de acordo com os seguintes critérios:

Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

Avaliação dos Riscos:

Probabilidade de Ocorrência

Baixa: *Atendendo à natureza da atividade ou à eficácia/adequação das medidas de controlo, a possibilidade de ocorrência de determinado evento ou a frequência com que este possa ocorrer, num determinado período, é relativamente baixa;*

Média: *A probabilidade de ocorrência de determinado evento de risco é classificada como média, quando o processo seja executado ocasionalmente e/ou o respetivo controlo interno não se revele suficientemente eficaz;*

Alta: *A probabilidade de ocorrência ou de frequência de um evento de risco é considerada alta quando a natureza da atividade apresenta essa característica, ou quando isolada ou cumulativamente, as medidas de controlo introduzidas, se revelem inadequadas ou ineficazes.*

Avaliação dos Riscos:

Impacto Previsto

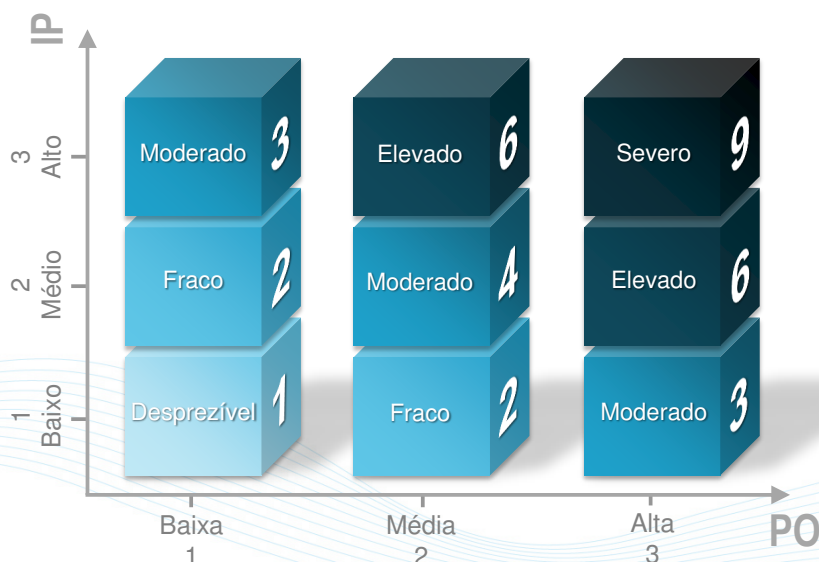
Baixo: *Os possíveis impactos financeiros ou outros não são considerados materialmente relevantes nem os danos provocados comprometem a eficácia das operações ou a imagem da Instituição;*

Médio: *O risco identificado pode comportar prejuízos financeiros ou outros e afetar o funcionamento dos Serviços e os objetivos de gestão, podendo comprometer a eficiência e a eficácia dos processos;*

Alto: *O risco identificado pode resultar em prejuízos financeiros materialmente relevantes ou outros de impacto significativo, comprometendo a eficiência e a eficácia dos processos e colocando em causa o cumprimento da missão da Instituição e a sua imagem.*

Avaliação dos Riscos:

Classificação do Risco = Impacto Previsto x Probabilidade de Ocorrência



Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

Avaliação dos Riscos:

Os riscos devem, ainda, ser classificados numa perspetiva de risco inerente e risco residual.

O risco inerente é aquele que existe antes de ser considerada qualquer resposta ao risco, nomeadamente através da implementação de controlos que visem reduzir a probabilidade de ocorrência ou o seu impacto.

O risco residual é aquele que permanece após a implementação de respostas ao risco.

A avaliação de risco é, inicialmente, efetuada, considerando os riscos inerentes e, após a definição e implementação de respostas ao risco, efetuada para os riscos residuais.

Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

DESCRIÇÃO DO PROCESSO			
OBJETIVO I			
Responsável pelo cumprimento do objetivo:		Categoria/Função:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Descrição:		Indicador de cumprimento:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
		Tipo de objetivo:	
		<input type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade	
RISCO I			
Descrição:		Causas possíveis:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Classificação do RISCO INERENTE			
Impacto:	Probabilidade:	Classificação:	Resposta ao risco:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
# Descrição das medidas de controlo implementadas:			Tipo de controlo:
a1	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>
a2	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>
a3	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>
# Iniciado em:	Revisto em:	Execução do controlo:	Indicador da eficácia do controlo:
a1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
a2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
a3	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Classificação do RISCO RESIDUAL			
Impacto:	Probabilidade:	Classificação:	Resposta ao risco:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
# Descrição das medidas de controlo a implementar:			Tipo de controlo:
b1	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>
b2	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>
b3	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>
# A iniciar em:	A rever em:	Execução do controlo:	Indicador da eficácia do controlo:
b1	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
b2	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
b3	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>



Respostas aos Riscos:

Após conduzir o processo de avaliação dos riscos, deverá ser determinada a resposta adequada, tendo em consideração o processo em causa e o efeito sobre a probabilidade de ocorrência e o impacto previsto, assim como os custos e benefícios subjacentes à opção tomada.

A resposta encontrada deverá garantir que, após a sua efetivação, os riscos residuais desçam para um limite aceitável. Esta decisão poderá ser auxiliada pela aplicação de um conjunto de estratégias, como as apresentadas seguidamente.

Respostas aos Riscos:

Evitar: *Eliminar a causa ou descontinuar as atividades que geram o risco, nomeadamente através da desistência de uma linha de produtos, do recuo na expansão para novos mercados geograficamente dispersos, ou da venda de uma unidade de negócio;*

Partilhar: *Reduzir a probabilidade de ocorrência ou impacto previsto, transferindo ou partilhando parte do risco com terceiros, através, designadamente, da aquisição de apólices de seguros ou do recurso a outsourcing;*

Reduzir: *Adotar medidas que reduzam a probabilidade de ocorrência ou o impacto previsto, ou ambos;*

Aceitar: *Nenhuma ação é adotada no sentido de influenciar a probabilidade de ocorrência ou o impacto previsto.*

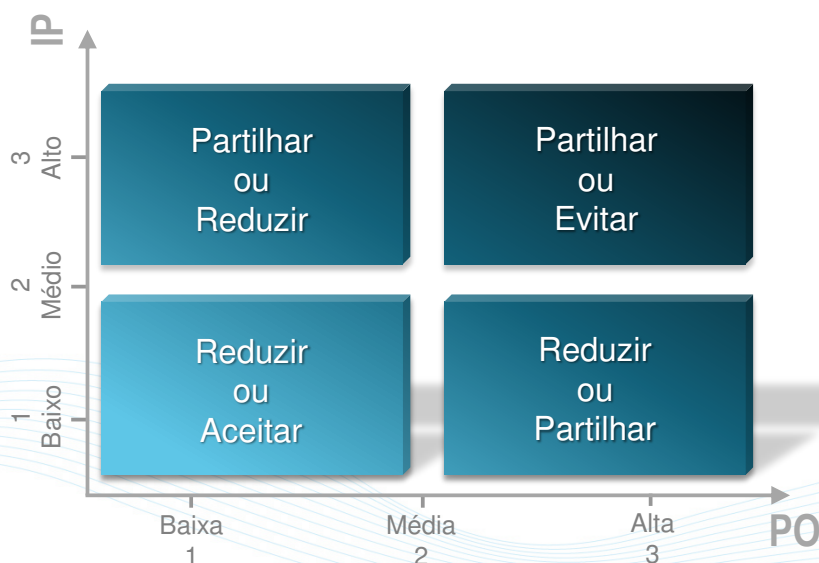
Respostas aos Riscos:

A ação “evitar” sugere, a priori, ou após a adoção de outra estratégia de resposta ao risco, que quaisquer medidas de controlo que se prevejam adotar ou que tenham sido adotadas, não sejam identificadas como suficientes para reduzir o risco para um nível aceitável. As ações “partilhar” ou “reduzir” permitem mitigar o risco para um nível de tolerância compatível com a estratégia da Instituição. Por fim, a ação “aceitar” indica que o nível de risco inerente já se encontra dentro do nível tolerado.

Caso a resposta passe pela redução do risco, carece que seja efetuada análise ponderada ao peso relativo que cada uma das variáveis, probabilidade de ocorrência e impacto previsto, têm na sua classificação. Por conseguinte, será expectável, que as medidas de controlo a introduzir permitam reduzir o risco para um nível aceitável através da mitigação da variável de maior significado.

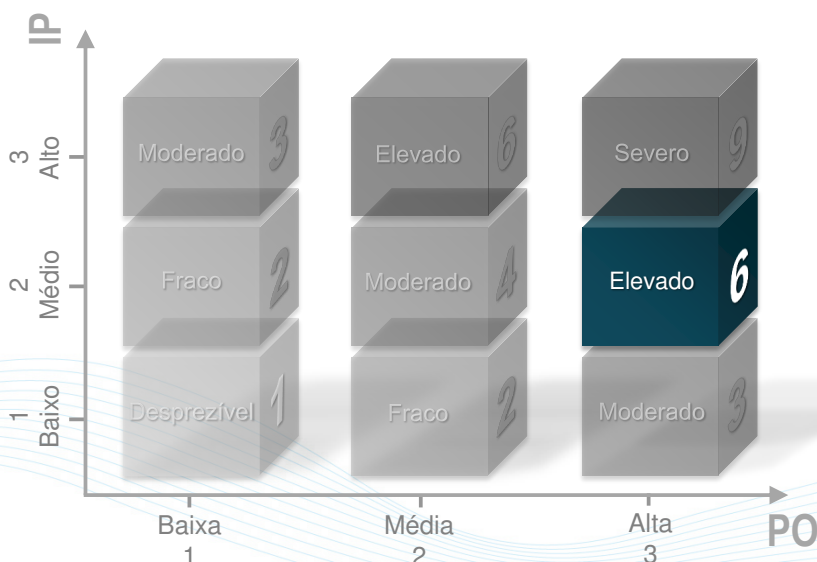
Respostas aos Riscos:

Possíveis estratégias de resposta aos riscos



Respostas aos Riscos:

Classificação do Risco = Impacto Previsto x Probabilidade de Ocorrência = 2 x 3 = 6

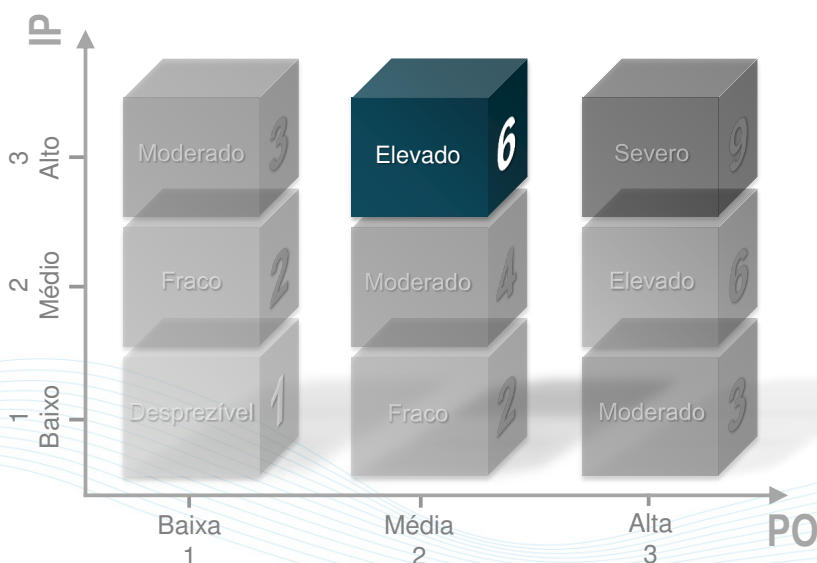


Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

Respostas aos Riscos:

Classificação do Risco = Impacto Previsto x Probabilidade de Ocorrência = 3 x 2 = 6



Hospital Dr. José Maria Grande, 12 de Novembro de 2015

Serviço de Auditoria Interna

DESCRIÇÃO DO PROCESSO			
OBJETIVO I			
Responsável pelo cumprimento do objetivo:		Categoria/Função:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Descrição:		Indicador de cumprimento:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo de objetivo:			
<input type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade			
RISCO I			
Descrição:		Causas possíveis:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Classificação do RISCO INERENTE:			
Impacto:	Probabilidade:	Classificação:	Resposta ao risco:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
# Descrição das medidas de controlo implementadas:			Tipo de controlo:
a1	<input type="text"/>		<input type="text"/>
a2	<input type="text"/>		<input type="text"/>
a3	<input type="text"/>		<input type="text"/>
# Iniciado em:	Revisto em:	Execução do controlo:	Indicador da eficácia do controlo:
a1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Classificação do RISCO RESIDUAL:			
Impacto:	Probabilidade:	Classificação:	Resposta ao risco:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
# Descrição das medidas de controlo a implementar:			Tipo de controlo:
b1	<input type="text"/>		<input type="text"/>
b2	<input type="text"/>		<input type="text"/>
b3	<input type="text"/>		<input type="text"/>
# A iniciar em:	A rever em:	Execução do controlo:	Indicador da eficácia do controlo:
b1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Atividades de Controlo:

O controlo interno é uma componente essencial da gestão de riscos, alavancando a mitigação destes para níveis tolerados e funcionando como salvaguarda da retidão na tomada de decisões, prevenindo a ocorrência de erros e irregularidades, ou minimizando as suas consequências.

O controlo interno deverá assentar num conjunto de medidas que assegurem o cumprimento dos objetivos institucionais, assumindo, por exemplo, as seguintes formas:

- a) Manuais de controlo interno e regulamentos atualizados e dinâmicos que contenham a descrição e desenho funcional dos procedimentos internos;*
- b) Controlo hierárquico regular e focado nas atividades internas de cada Serviço;*
- c) Divulgação oportuna de normativos institucionais:*
 - Regulamento Interno;*
 - Código de Ética;*
 - Plano de Gestão de Riscos;*
 - etc.*

Atividades de Controlo:

Qualquer sistema de controlo interno deve incluir os controlos adequados, podendo classificar-se, a título de exemplo, de acordo com a seguinte tipologia:

Preventivos: Visam impedir que factos indesejáveis ocorram, sendo considerados controlos a priori;

Detetivos: Permitem detetar factos indesejáveis que já tenham ocorrido, sendo considerados controlos a posteriori;

Orientativos: Servem para provocar ou encorajar a ocorrência de um facto desejável;

Corretivos: Possibilitam a retificação de problemas identificados;

Compensatórios: Permitem compensar eventuais fraquezas de controlo noutras áreas da Instituição.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO			
OBJETIVO I			
Responsável pelo cumprimento do objetivo:		Categoria/Função:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Descrição:		Indicador de cumprimento:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		Tipo de objetivo:	
		<input type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade	
RISCO I			
Descrição:		Causas possíveis:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Classificação do RISCO INERENTE:			
Impacto:	Probabilidade:	Classificação:	Resposta ao risco:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
# Descrição das medidas de controlo implementadas:			Tipo de controlo:
a1	<input type="text"/>		<input type="text"/>
a2	<input type="text"/>		<input type="text"/>
a3	<input type="text"/>		<input type="text"/>
# Iniciado em:	Revisto em:	Execução do controlo:	Indicador da eficácia do controlo:
a1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
a3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Classificação do RISCO RESIDUAL:			
Impacto:	Probabilidade:	Classificação:	Resposta ao risco:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
# Descrição das medidas de controlo a implementar:			Tipo de controlo:
b1	<input type="text"/>		<input type="text"/>
b2	<input type="text"/>		<input type="text"/>
b3	<input type="text"/>		<input type="text"/>
# A iniciar em:	A rever em:	Execução do controlo:	Indicador da eficácia do controlo:
b1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Informação e Comunicação:

A informação considerada relevante deverá ser identificada, avaliada e comunicada de forma e no prazo que, permitam aos vários níveis responder efetivamente aos riscos. Dito de outra forma, a informação deverá fluir de forma correta, com a complexidade necessária, dirigida às pessoas certas e na ocasião oportuna.

A comunicação deve ocorrer de forma a permitir transmitir, eficazmente:

- A estratégia e os objetivos institucionais;
- A importância e a pertinência da gestão de riscos;
- O nível de tolerância dos riscos;
- Uma linguagem comum no que concerne à gestão de riscos;
- A definição das funções e responsabilidades dos Serviços e colaboradores na gestão de riscos.

V. A metodologia de gestão de riscos do COSO:



Monitorização:

A monitorização visa assegurar que a gestão de riscos e respetivos componentes continuam a operar de forma efetiva.

Por conseguinte, o processo de gestão de riscos, na sua globalidade, deverá ser monitorizado, ajustando-o sempre que necessário, pois os objetivos ou a estratégia poderão sofrer alterações, as respostas ao risco que antes eram efetivas poderão tornar-se irrelevantes e as atividades de controlo poderão tornar-se menos eficazes ou deixar de ser efetuadas.

As atividades de monitorização realizadas continuamente pelos Serviços, onde se incluem, entre outras, atividades regulares de gestão e supervisão, comparações, reconciliações e outras ações de rotina, permitem reagir de forma mais oportuna a possíveis alterações estruturais e processuais e de forma mais preventiva à ocorrência de erros ou irregularidades, do que as atividades realizadas através de avaliações externas.

Monitorização:

A monitorização dos controlos realizada, internamente, pelos Serviços permite uma gestão mais proativa dos riscos, que aquela, resultante de avaliações externas, que se caracteriza, tendencialmente, por ser mais reativa.

Por conseguinte, quanto mais amplas e eficazes sejam as atividades realizadas internamente pelos Serviços, menor será a necessidade da realização de avaliações externas ao Serviço.

Porém, o recurso combinado das duas formas de monitorização, permitirá à Instituição, aumentar a garantia de que, ao longo do tempo, a gestão de riscos se mantém eficaz.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO			
OBJETIVO I			
Responsável pelo cumprimento do objetivo:		Categoria/Função:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Descrição:		Indicador de cumprimento:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Tipo de objetivo:			
<input type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Operacional <input type="checkbox"/> Reporte <input type="checkbox"/> Conformidade			
RISCO I			
Descrição:		Causas possíveis:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Classificação do RISCO INERENTE:			
Impacto:	Probabilidade:	Classificação:	Resposta ao risco:
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
# Descrição das medidas de controle implementadas:			Tipo de controle:
a1	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>
a2	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>
a3	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>
#	Iniciado em:	Revisto em:	Execução do controle:
a1	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
a2	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
a3	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Classificação do RISCO RESIDUAL:			
Impacto:	Probabilidade:	Classificação:	Resposta ao risco:
<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
# Descrição das medidas de controle a implementar:			Tipo de controle:
b1	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>
b2	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>
b3	<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>
#	A iniciar em:	A rever em:	Execução do controle:
b1	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
b2	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
b3	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>

VI. Alguns benefícios da gestão de riscos:

- Desenvolvimento de uma cultura de risco transversal a toda a organização;
- Redução das surpresas;
- Estabelecimento de uma gestão mais proativa e menos reativa;
- Incremento da eficácia e eficiência nas respostas aos riscos;
- Otimização da alocação de recursos (por norma, limitados);
- Redução dos custos e do desperdício;
- Melhoria do planeamento e desempenho;
- Melhoria da fiabilidade da informação de suporte à tomada de decisões;
- Promoção da transparência;
- ...

Colocação de Questões



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



arsalentejo
Autoridade Regional de Saúde do Alentejo, Lda

auditoriainterna@ulsna.min-saude.pt